

En gammel sykdom, en ny vaksine

*Kartlegging av helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov
i forkant av HPV-vaksineinnføringen*

Trude Andreassen



Masteroppgave ved Det Medisinske Fakultet. Institutt for
sykepleievitenskap og helsefag. Seksjon for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

1.6.2009



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Trude Andreassen	Dato: 1.6.2009
Tittel og undertittel: En gammel sykdom en ny vaksine. Kartlegging av helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov i forkant av HPV-vaksineinnføringen.	
<p><u>Sammendrag:</u></p> <p>Formål: Studiens hensikt er å kartlegge helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov i forkant av HPV-vaksineinnføringen. HPV-vaksine innføres som ledd i barnevaksinasjonsprogrammet høsten 2009 og skal tilbys jenter i 7 klasse som en frivillig og gratis vaksine. Ansvar for gjennomføringen av vaksinasjonsprogrammet tillegges helsesøstertjenesten.</p> <p>Teoretisk forankring: Studien bygger på litteratur fra publiserte artikler og forskningsrapporter. For å få frem den faglige uenigheten er ulike aviser og media debatter benyttet. Det er mye tilgjengelig litteratur om temaet HPV. Det foreligger få beskrivelser for hvordan helsesøstre kan forberedes til vaksineoppgavene.</p> <p>Metode: Studien har kvalitativt, utforskende design. To grupper av helsesøstre har blitt intervjuet 2 ganger i fokusgrupper. I tillegg er en rapport om meningokokkvaksineforøket og et referat fra en idédugnad med helsesøstre inngått i metodefase. Data er analysert ved hjelp av tekstkondensering.</p> <p>Resultater: Studiens hovedfase viser at helsesøstre er skeptiske til innføring av HPV-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet. Skepsisen begrunnes med usikkerheten som vaksinen representerer sammen med helsesøstre mangler kunnskap om den. Studien viser at også at helsesøstertjenesten mangler ressurser til å holde seg faglig oppdatert samtidig som de har få ressurser i forhold til arbeidsoppgavene de er pålagt.</p> <p>Konklusjon: Nye beskrivelse av helsesøstrenes holdninger til HPV-vaksine beskrives i denne studien. Funn fra studien ender i forslag til kurspakke til helsesøstre. Kurspakken kan bidra til å øke helsesøstrenes kompetanse om vaksinen og føre til en forberedt helsesøstergruppe når vaksinen innføres.</p>	
<p>Nøkkelord: HPV-vaksine, informasjon, helsesøster, holdninger, skepsis</p>	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Trude Andreassen	Date: 1th of June 2009
Title and subtitle: An old disease, a new vaccine. A survey of Public Health Nurses attitude and need of qualifications before starting the HPV-vaccination as part of the Norwegian Childrens Public Vaccination Program.	
Abstract: <p>Purpose: The purpose of this study was to do a survey of Public Health Nurses attitude and needs of qualifications' before starting the HPV-vaccination as part of the Norwegian public children's vaccination program. HPV-vaccination becomes part of the public vaccination program autumn 2009 as a volunteer and free vaccine to girls at the age of 12 years. The responsibility for this implementation has been delegated to the Community Health Nurses.</p> <p>Literature Review: The Study is based on literature from publications and research reports. To show the Professional differences newspaper articles along with media debates are used. Little information is found that views preliminaries the Public Health Nurses needs in terms of knowledge about such a controversial vaccine prior to its introduction.</p> <p>Method: The study has a qualitative, naturalistic design. Two groups of Public Health Nurses were interview twice in focus groups. In addition to the focus group data, a report of a meningitis vaccination trial from 1988-1994 and minutes of a brainstorming session with Public Health Nurses are part of the data. Data were analysed from qualitative perspective by abstracting concepts from the focus groups, the meningococcal report and minutes from the brainstorming with a group of public health nurses.</p> <p>Results: The data analysis indicates that Public Health Nurses are sceptical to the HPV-vaccination introduction into the Norwegian public children's vaccination program. Scepticism is explained by the elements of uncertainty that the vaccine represents together with the nurses lack of knowledge of the vaccine. The study shows that The Public Health Nurses are in great need of more resources to be able to keep up to date regarding knowledge production. At the same time Public Health Nurses needs resources regarding their mandatory work tasks.</p> <p>Conclusions: New descriptions of the Public Health Nurses attitude toward HPV-vaccination are described. The study has produced a proposition for a knowledge program to increase Public Health Nurses qualifications towards HPV-vaccine. The learning program will be essential to a more competent and positive group of Public Health Nurses as the vaccine is introduced into the vaccination program.</p>	
Key word HPV-vaccine, information, Public Health Nurse, attitude, sceptical	

Forord

HPV-vaksine har som hovedhensikt å forebygge celleforandringer og livmorhalskreft og innføres som et frivillig og gratis vaksinetilbud til jenter i 7. ende klassetrinn i Norge høsten 2009. Vaksinen innføres i barnevaksinasjonsprogrammet og helsesøstertjenesten får ansvaret for vaksinegjennomføringen. Vaksinen er omstridt og sterke krefter er delte i sitt syn på om beslutningen om vaksineinnføringen er riktig. I skjæringspunktet mellom faglig uenighet og HPV-vaksinens usikkerhet står helsesøstrene og har mangel på ressurser og kunnskap. Å kartlegge helsesøstrenes holdinger og kompetansebehov i forkant av vaksineinnføringen er viktig for å få en vellykket vaksineinnføring som sikrer et eventuelt informert samtykke til vaksinasjon fra jentenes foreldre.

Studien har latt seg gjennomføre grunnet helsesøstres velvillighet til å delta på fokusgruppeintervjuer. Det rettes derfor en stor takk til tjenesten som har tatt seg tid til dette tiltross for deres travle arbeidsdag. Deres bidrag har vært en absolutt nødvendighet for å kunne besvare studiens spørsmål.

Det rettes en takk til mitt arbeidssted, Helsedirektoratet som har tilrettelagt for studien ved hjelp av nødvendig permisjon. Bibliotekar Marita Heintz og Astrid Merete Nøstberg har bidratt med gode råd ved litteratursøk og nødvendig Reference manager hjelp. Professor Eli Haugen Bunch ved Universitet i Oslo har bidratt som veileder til studien og har underveis motivert og minnet om at det å ta mastergradsstudie krever tålmodighet og mye arbeid.

Takk også til deres som har lest studien. Det har bidratt med nyttige tilbakemeldinger når en selv har vært blind for eget språk og setningsoppbygning. Takk for hjelpen.

Oslo, 2009

Trude Andreassen

Innhold

1.	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Hensikt og problemstilling.....	3
1.2.1	Informert samtykke	5
1.2.2	Helsesøstertjenesten og vaksineskepsis.....	6
1.2.3	Faglig uenighet.....	8
1.3	Begrensning.....	9
2.	TEORETISK REFERANSERAMME.....	10
2.1	Livmorhalskreft og HPV.....	10
2.2	Massescreeningsprogrammet	13
2.3	HPV-vaksine til gutter	15
2.4	Helseøkonomi	16
2.5	Usikkerhetsaspekter knyttet til HPV-vaksinen.....	17
2.6	Sosiale ulikheter	18
2.7	Meningokokkvaksineforsøket.....	18
3.	LITTERATURGJENNOMGANG.....	21
4.	DESIGN OG METODE	24
4.1	Design.....	24
4.2	Metode.....	25
4.3	Pilotprosjekt	26
4.4	Fokusgruppeintervju.....	27
4.5	Tilgang til forskningsfeltet.....	28
4.6	Utvalg til fokusgruppeintervjuene	30
4.7	Gjennomføring av fokusgruppene.....	31
4.8	Redegjørelse for dataanalyse	34
4.9	Forskningsetiske hensyn.....	40
4.10	Studiens kvalitetsvurdering.....	40
4.10.1	Gyldighet.....	41

5. FUNN	43
5.1 <i>Meningokokk B vaksineforsøket.</i>	43
5.1.1 Ungdomskoleforsøket	43
5.2 <i>Folkehelseinstituttets idèdugnad med helsesøstere</i>	45
5.3 <i>Fokusgruppe 1</i>	47
5.3.1 Skepsis	48
5.3.2 Kompetanse	54
5.3.3 Ressurser	56
5.3.4 Aksept	59
5.3.5 Ukjent vaksine	60
5.4 <i>Fokusgruppe 2</i>	62
5.4.1 Skepsis	63
5.4.2 Kompetanse	68
5.4.3 Ressurser	69
5.4.4 Aksept	70
5.4.5 Informasjonsutlevering	70
5.5 <i>Forslag til kurspakke til helsesøstere</i>	72
5.5.1 Rollespill	72
5.5.2 Kursdag	73
5.5.3 Informasjonsmateriale	75
5.5.4 Informasjonsvideo	78
5.5.5 Kurshefter med ferdig utarbeide spørsmål	79
5.5.6 Spørsmål- og svarbrosjyrer	79
6. DISKUSJON AV FUNN	80
6.1 <i>Helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov</i>	80
6.1.1 Skepsis	83
6.1.2 Seksualitet	86
6.1.3 Informasjon	88
6.1.4 Samtykke	89
6.1.5 Ressurser	90
6.2 <i>Kurspakke</i>	91
6.3 <i>Studiens betydning</i>	94
7. REFERANSELISTE	97

FIGUR

Figur 1 HPV virus.....	10
------------------------	----

TABELL

Tabell 1 Prosentandel livmorhalskreft grunnet HPV.....	11
Tabell 2 Totalt antall tilfeller av livmorhalskreft.....	14
Tabell 3 Gjennomføring av de ulike fokusgruppeintervjuene.....	30
Tabell 4 Utsnitt fra transkribert tekst – rådata.....	35
Tabell 5 Fra meningsfortetning til hovedkategorier.....	37
Tabell 6 Hovedfunnene som ble generert av fokusgruppe 1 ved første og andre gangs intervju.....	48
Tabell 7 Hovedfunnene som ble generert av fokusgruppe 2 ved første og andre gangs intervju.....	63
Tabell 8 Helsesøstrenes ønsker for den ideelle kursdag.....	75
Tabell 9 Ønsket innhold i informasjonsbrosjyre til helsesøstere.....	76

VEDLEGG

Vedlegg 1 Flytdiagram for utredning av ASC-US/LSIS og bruk av HPV-test i sekundærscreening i Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft.

Vedlegg 2 Fokusgruppeintervju guide

Vedlegg 3 Invitasjon til fokusgruppeintervjuintervju

Vedlegg 4 Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger fra NSD

Vedlegg 5 Forespørsel om referatutlevering av idédugnad

1. INNLEDNING

Det er utviklet to forskjellige HPV-vaksiner som distribueres under navnene Gardasil og Cervarix. Hovedhensikten med HPV-vaksine er å forebygge smitte av kreftfremkallende typer av humant papillomavirus (HPV) og derigjennom utviklingen av livmorhalskreft. HPV er årsaken til at rundt 300 kvinner i Norge hvert år får livmorhalskreft og at i underkant av 100 kvinner dør. Rundt 10 000 kvinner får i tillegg årlig diagnostisert celleforandringer på livmorhalsen på grunn av viruset. 3000 av disse celleforandringene er av en slik karakter at de bør fjernes kirurgisk (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Studier (The Future II study group, 2007; Roden & Wu, 2006; Stanley, 2007) har vist at HPV-vaksinene er trygge og effektive. De gir 100 % beskyttelse mot smitte av HPV-typene 16/18 og beskytter blant annet mot forstadier til livmorhalskreft. En av de to vaksinene, beskytter i tillegg mot kjønnsvorter forårsaket av HPV-typene 6 og 11.

HPV-viruset smittes seksuelt, men også annen slimhinnekontakt kan føre til smitte. 70 % av alle seksuelt aktive kvinner og menn smittes med HPV i løpet av livet. De aller fleste som blir smittet kvitter seg med viruset av seg selv, men hos noen få forårsaker viruset en vedvarende symptomfri underlivsinfeksjon. Dette øker sjansen for utvikling av celleforandringer og livmorhalskreft. For best mulig effekt av vaksinen må den gies til personer som enda ikke er smittet med HPV. En ønsker derfor å vaksinere før seksuell debut (Herseth, 2009; Nilsen, Alfsen, Feiring, Skjeldestad, Steen & Sæterdal, 2007). Nasjonalt Folkehelseinstitutt (Folkehelseinstituttet), Helsedirektoratet (Helsedir) og Kunnskapssenteret har uttalt seg positive til HPV-vaksinene. I mars 2008, anbefalte Rådet for Kvalitet og prioritering i helsetjenesten (Rådet) innføring av HPV-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet (Dommerud, 2008; Nasjonale Råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, 2008) som er det nasjonale vaksinasjonsprogrammet i Norge.

HPV-vaksinene er registrert i 109 land i verden og har vært innført i ulike stater i USA siden 2006. I Europa har en rekke land som blant annet Storbritannia, Danmark

og Sverige besluttet å tilby gratis HPV-vaksine til 12 års gamle jenter (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Det varierer hvem av vaksinene de ulike landene har valgt innført i sine vaksinasjonsprogram. I Norge er det ikke bestemt hvem av vaksinene som skal tilbys jenter i 7. klassetrinn. Folkehelseinstituttet innhenter anbud fra vaksinenes distributører. Vaksinen har tilnærmet lik utsalgspris på apotek, der de i dag selges reseptbelagt. Vaksinene har noe forskjellig virkeområdet. En av den mest fremtredende forskjellen er at Gardasil beskytter mot flere HPV-typer enn den konkurrerende vaksinen Cervarix.

I Statsbudsjettet for 2009 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, 2009) er det bevilget 57 millioner kroner til innføring av HPV-vaksine i regi av barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinen blir innført som et gratis og frivillig tilbud til alle jenter i 7. klassetrinn fra høsten 2009.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helsesøstertjenesten er en sentral aktør i kommunenes folkehelsearbeid der tjenesten har ansvar for å ivareta et helsetilbud til alle barn og unge ved hjelp av veiledning, rådgivning, opplysning og undervisning. Som arbeidsgruppe jobber helsesøstrene tverrfaglig, og samarbeider blant annet med skole og foreldre (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2008). Helsesøstertjenesten har plikt til å utføre all offentlig vaksinasjon av førskolebarn og barn i grunnskolen, i regi av barnevaksinasjonsprogrammet jfr. forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste av 3. april 2003 nr 450. § 3-1 (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj).

HPV-vaksinering av alle jenter i 7. klassetrinn vil representere en økt arbeidsbelastning for helsesøstrene. HPV-vaksinen skal settes som 3 injeksjoner i jentenes overarmsmuskulatur, over en tidsperiode på 6 måneder (Legemiddelverket, 2009). I Norge er gjennomsnittelig antall jenteelever per år med utgangspunkt i fødselstall 28 807. Sosial- og helsedirektoratet (2008) har oppgitt at det i

gjennomsnitt er 14 jenter pr. klasse i Norge. Med 3 vaksinedoser til alle 12 års gamle jenter gir dette samlet ca 90 000 sprøytestikk. Ved siden av selve vaksineringsen følger det andre tidkrevende arbeidsoppgaver som tillegges helsesøstertjenesten, som informasjon til barn og foreldre, samtykkeinnhenting, observasjon av de vaksinerte og påfølgende vaksinerregistrering i SYSVAK. SYSVAK er et nasjonalt dataregister som er utviklet for å holde oversikt over vaksinasjonsdekningen i Norge.

Helsestasjoner og helsepersonell som gir vaksiner til barn har plikt til å melde satte vaksiner i dette registeret jfr. forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. § 3-3 (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med masteroppgaven er å kartlegge helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov i forkant av HPV-vaksineinnføringen. Dette er det viktig å få kartlagt da det er helsesøstrene som får ansvaret for gjennomføringen av vaksinasjonsprogrammet. Helsesøstrene skal også imøtekomme jentene og foreldrenes behov for informasjon.

Helsesøstrene har formidlet til helsemyndighetene at de ikke har fått grundig nok informasjon om HPV-vaksine og at de føler seg usikre på hva informasjonen til barna og foreldre bør inneholde (Herseth, 2009). På et åpent møte om HPV-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet arrangert av Bioteknologinemnda den 1.4.09 formidlet helsesøstertjenesten at det er stor usikkerhet og et stort informasjonsbehov hos helsesøstrene om temaet (Borge, 2009). På bakgrunn av dette er det både samfunnsmessig og sykepleiefaglig viktig å kartlegge helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov i forkant av HPV-vaksineinnføringen da helsesøstrenes kompetanseformidling og opptreden vil være avgjørende for målgruppen og foreldres forståelse av HPV-vaksinetilbudet.

Problemformuleringen i masteroppgaven blir: Kartlegging av helsesøstrenes holdninger og behov for kompetanse i forkant av HPV-vaksineinnføringen.

For å få svar på problemstillingen er det 5 overordnede forskningsspørsmål som ønskes belyst:

1. Hvilke holdninger har helsesøstre til HPV-vaksine, og har dette konsekvenser for deres utlevering av informasjon?
2. Har helsesøstre den nødvendige kunnskapen til å imøtekomme jentene og foreldrenes behov for informasjon?
3. Har helsesøstre de nødvendige ressursene til å utføre alle arbeidsoppgavene som HPV-vaksinasjon representerer?
4. Fjerner kunnskap om HPV-vaksinen helsesøstrenes eventuelle skepsis til vaksinen?
5. Hva bør kursmateriale til helsesøstre inneholde, slik at de kan få kompetanse for å tilfredsstille etterspørselen av informasjon og kunnskap om HPV-vaksine?

Målet med HPV-vaksineinnføringen er å redusere antall kvinner som får behandlingstrengende celleforandringer og livmorhalskreft. For å se en samfunnsmessig effekt av HPV-vaksine må det totale antall kvinner med livmorhalskreft reduseres. Dette krever en stor oppslutning til vaksineprogrammet. En annen viktig grunn til at en ønsker stor oppslutning til HPV-vaksinasjonsprogrammet er at HPV-vaksinasjon vil føre til at den totale mengden av HPV-typer 16/18 reduseres. Dette betyr at det totale smittepresset reduseres ved at smittestoffet blir mindre tilstedeværende. På denne måten beskyttes den ikke vaksinerte delen av befolkningen mot smittestoffet. Dette kalles "flokkeffekt" eller "herd effect." (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007 a). Denne flokkeffekten er det ønskelig å dra nytte av når HPV-vaksinen innføres.

1.2.1 Informert samtykke

Å samtykke vil si å være enig i noe, gå med på noe eller si seg villig til noe.

Samtykke baserer seg på retten til å ivareta sin egen personlig integritet og autonomi (Fagermoen, 2003). All helsehjelp i Norge er i utgangspunktet basert på samtykke. Foreldrene eller andre med foreldreansvar har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. Etter hvert som barn modnes og utvikles skal barnas foreldre høre hva barnet har å si før samtykke gis. Barn har økende grad av selvbestemmelse. Fra barn fyller 7 år har de rett til å bli hørt i personlige forhold og fra barn er fylt 12 år har de rett til å si sin mening i alle spørsmål som omhandler egen helse, jfr. lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63 § 4,4, tredje ledd (pasientrettighetsloven) og lov om barn og foreldre av 8. april 1981 nr 7 § 31 (barnelova). Når HPV-vaksine innføres som ledd i barnevaksinasjonsprogrammet skal vaksinen settes på jenter i 12 års alder, og det må innhentes samtykke fra foreldrene. Dersom det oppstår uenighet mellom foreldre og barn skal i utgangspunktet foreldrenes syn på om barnet skal vaksineres legges til grunn, selv om barna har rett til å si sin mening vedrørende dette (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

For at foreldre og jentene i 7. klassetrinn skal kunne ta et reelt valg i forhold til samtykke, kreves det at de vet hva de samtykker til. Samtidig som helsesøstrene får en viktig oppgave med å informere foreldre og barn slik at de forstår hva de får tilbud om, skal helsesøstrene også sørge for åpenhet rundt temaet og oppfordre foreldre og barn til å diskutere dette i fellesskap. Den 1.4.09 holdt professor emeritus, Lucy Smith fra Universitetet i Oslo et foredrag om samtykkekompetanse ved HPV-vaksineinnføringen. Hun understreket at den norske stat må forplikte seg til at foreldre og barn er godt informert når HPV-vaksinen innføres (Borge, 2009; Hanger, 2009). Hun fremhevet også viktigheten av å kartlegge helsesøstrenes kompetanse ved vaksineinnføringen ved å si at det å gi god informasjon som sikrer et informert samtykke av de som skal ha HPV-vaksinen og foreldre, er like viktig som det er vanskelig (Borge, 2009).

Informert samtykke krever at de som gir et slikt samtykke gjør det på bakgrunn av frivillighet og på bakgrunn av tilstrekkelig informasjon. Mengden og kvaliteten på informasjonen som utleveres må være av en slik karakter at de involverte kan treffe en fri beslutning. Informasjonen må være kort, enkel og fri for fremmedord og faguttrykk. En kombinasjon av muntlig og skriftlig informasjon bør tilstrebes samt at mottaker får tid til lesing og ettertanke før samtykke gies (Fagermoen, 2003; Tranøy, 1994).

1.2.2 Helsesøstertjenesten og vaksineskepsis

Ved siden av at HPV-vaksineinnføringen vil øke helsesøstrenes arbeidsmengde, har helsesøstre de senere årene merket en økende skepsis blant foreldre mot ulike vaksiner som gis til barn. Grunner til økende skepsisen har blant annet blitt forklart med den avstanden vi i dag har til de epidemiene vi vaksiner mot. Barn dør ikke så ofte av sykdommer og epidemier. Folk taper dermed av syne grunnen til at vi vaksinerer. Det eneste som gjenstår av erfaringer er ulempene ved vaksinasjon som ubehag og bivirkninger (Nøkleby & Bergsaker, 2006).

Den økende skepsisen som helsesøstre har merket hos foreldre i forhold til vaksiner som tilbys barn er det viktig at helsesøstre møter på en trygg og god måte. Samtidig som helsesøstrenes formildning av informasjon er avgjørende for foreldres beslutning om de ønsker vaksine til sine barn, mangler også helsesøstre erfaringer med de sykdommene de vaksinerer mot. Foreldre som må ta et valg på vegne av sine barn, fortjener at informasjonen de får om de ulike vaksinene er edruelig og sann. Dette krever at helsesøstre opprettholder og øker sin kunnskap om de aktuelle vaksinene (Rygg, 2006).

De siste tiårene har en sett en økende skepsis til autoriteter, der leger og myndigheters anbefalinger i større grad enn tidligere blir imøtegått av allmennheten. Med økende skepsis kjenner trolig flere foreldre et økt ansvar overfor egen og sine barns helse. En

kan derfor anta at foreldre i større grad enn tidligere kjenne på frykten for at barna deres rammes av vaksinebivirkninger (Rygg, 2006).

Folk flest har i dag stor tilgang til kunnskap via media, internett og TV. Kunnskap er både tilgjengelig og enkel å få tak i. På den annen side er kildekritikken ofte begrenset og mangelfull. Rykter, svake påstander eller mistanker om vaksinebivirkninger og langtidsbivirkninger selger bra i media (Rygg, 2006). Flere kritiske TV-programmer har vært vist de senere årene der blant annet meningokokk B-vaksineforsøket på 1990-tallet har måtte tåle sterk kritikk. Økt tilgang av kritisk informasjon om vaksinenes bivirkninger vil høyst sannsynlig øke foreldrenes behov for korrekt informasjon. Økt ansvarsfølelse overfor egne barns helse kan føre til at foreldre blir usikre i forhold til hva som er best, spesielt dersom de blir presentert et vaksinefokus der avstanden til sykdommene er stor, mens bivirkninger og uheldige langtidseffekter av vaksiner blir satt i fokus (Aavitsland, 2006; Rygg, 2006).

Vaksineskepsisen kan også la seg forklare med at man siden vaksinens opprinnelse har sett at vaksiner har ført til alvorlige og uønskede hendelser som dødsfall og oppblomstring av de epidemiene en er vaksinert mot. Sutter-hendelsen i USA i 1955 er et slikt eksempel, der ufullstendig inaktivering av poliovaksine førte til at mer enn 200 vaksinerte fikk paralytisk poliomyelitt. Direkte følge av slike hendelser er at myndighetenes krav til vaksinekontroll i dag er så strenge at risikoen for at liknende hendelse skal gjenta seg blir ansett som svært liten (Nøkleby et al., 2006).

Til tross for økende vaksine skepsis, har Norge en bra oppslutning til vaksiner som settes til barn via barnevaksinasjonsprogrammet. I 2007 viste statistikker fra Folkehelseinstituttet at mellom 92 - 95 % lot seg eller barna sine bli vaksinert i henhold til gjeldende program. Vaksiner som gies til barn i samme aldersgruppe som HPV-vaksinen, har en dekningsgrad på rundt 90 %. Folkehelseinstituttet regner med at dekningsgraden på HPV-vaksinen vil ligge på rundt 90 %, men med en mulig lavere dekningsgrad i starten av vaksineinnføringen. Grunnet til at Folkehelseinstituttet forventer noe lavere dekningsgrad i begynnelsen av HPV-

vaksineinnføringen begrunner de med at HPV-vaksinen er ny og omstridt (Hanger, 2008).

1.2.3 Faglig uenighet

Det har pågått en åpen og bred faglig debatt de siste årene vedrørende HPV-vaksine og om den bør innføres i barnevaksinasjonsprogrammet. Etter 2 separate behandlinger av HPV-vaksinen i Rådet for kvalitet og prioritering i helsetjenesten kom ikke Rådet frem til en samstemt anbefaling. Et mindretall, bestående av 3 rådsmedlemmer, støttet ikke flertallets anbefalinger men mente tvert i mot at en bør vente med å innføre HPV-vaksinen. De pekte på usikkerheten som HPV-vaksinasjon representerer ved at vaksinens effekt ikke er tilstrekkelig dokumentert og at usikkerheten vedrørende vaksinens langtidsbivirkninger ikke er kjent. Mindretallet anbefalte at man i stedet gjennomførte kontrollerte vaksineforsøk. Flertallet leverte likevel en innstilling der Rådet flertall anbefalte innføring av tilbud om HPV-vaksinering i barnevaksinasjonsprogrammet, for gruppen jenter 12 år som en del av et helhetlig program for å motvirke livmorhalskreft (Nasjonale Råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten 2008).

Debatter om HPV-vaksinen har pågått i TV, radio, aviser og ulike tidsskrifter. Debatten har spesielt stått mellom ulike faggrupper og for eksempel er Norsk gynekologisk forening (NGF) på den ene siden for vaksinering, mens deler av Den norske legeforening (DNLF) har uttalt at de synes en bør vente med å vaksinere 12 års gamle jenter (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). I tidsskriftet Sykepleien (Dolonen, 2008; Hærnes, 2008; Sundøy 2008) har en hatt stor spalteplass til å fremme ulike syn på HPV-vaksinen. Bioteknologinemnda har også vært sentrale i debatten og sendte innspill til Helse- og omsorgsdepartementet den 14.3.09 der de ber om at myndighetene revurdere sin bestemmelse om HPV-vaksineinnføringen (Ødegård & Rogne, 2009). Folkehelseinstituttet har på den annen side uttalt at de er redde for at de kritiske røstene om HPV-vaksinen kan påvirke oppslutningen til vaksinasjonsprogrammet ved at en ubegrunnet frykt kan spre seg og at mange på feil

grunnlag kan bli skremt fra å ta vaksinen (Hanger, 2008). Helsedirektoratet uttale på et møte i bioteknologinemnda at en fortsatt debatt på et usakelig grunnlag bidrar til å skape frykt noe som vil kunne redusere effekten av programmet (Borge, 2009).

HPV-vaksinasjon betyr en vesentlig ”meroppgave” for helsesøstre, som allerede har mange tidkrevende arbeidsoppgaver. Helsesøstrenes mange arbeidsoppgaver, økende skepsis til vaksiner av barn, økt kritisk søkelys på tidligere vaksinasjonsprogrammer, sammen med den faglige uenigheten om innføringen av HPV-vaksinen, gjør at en kan anta at helsesøstre vil komme til å møte en foreldre- og vaksinasjonsgruppe med et stort behov for informasjon. Dette krever at helsesøstre har kunnskap om vaksinen. Helsesøstrenes egne holdninger til HPV-vaksinen vil kunne påvirke måten informasjonen utleveres på og derigjennom påvirke de som må ta et valg på om de ønsker HPV-vaksinen eller ikke.

1.3 Begrensning

Innvandrerbarn og foreldre til innvandrerbarn, vil i likehet med befolkningen forøvrig ha behov for omfattende informasjon i forkant av HPV-vaksineinnføringen.

Forskjellige religioner og kulturer bygger på noe ulike verdigrunnlag samtidig som det eksisterer ulike normer i de ulike kulturer, når det gjelder jenter, kvinner og kjønn. På bakgrunn av dette bør informasjon om tilbud om HPV-vaksinasjon som utleveres ta hensyn til disse forholdene. Dette vil ikke bli diskutert i studien grunnet dens omfang.

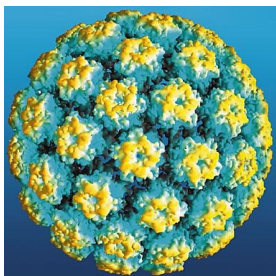
Folkehelseinstituttet utarbeider det materiale som skal utleveres til Helsesøstre, foreldre og jenter 12 år. Dette materialet kommer ikke til å bli analysert i studien da det faller utenfor studiens problemstilling.

2. TEORETISK REFERANSERAMME

2.1 Livmorhalskreft og HPV

På verdensbasis får hvert år ca en halv million kvinner livmorhalskreft og rundt 270 000 kvinner dør årlig av sykdommen. I de landene som ikke har etablert screeningsprogrammer, eller som ikke har etablert organiserte helsetjenester sees 80 % av alle disse livmorhalskrefttilfellene. Livmorhalskreft er den nest hyppigste kreftformen blant kvinner i verden og i mange utviklingsland er livmorhalskreft hovedårsaken til kreftdødsfallene (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2007 b). De kvinnene som får livmorhalskreft i Norge er i gjennomsnitt 32 år, og det er ingen annen kreftform som frarøver så mange år av en kvinnes liv som denne kreftformen (Eskild, 2008).

Figur 1 HPV-virus



Papillomaviruset er et veldig vanlig virus som kan forårsake godartede og ondartede svulster hos både mennesker og dyr. Papillomavirusene er artsspesifikke slik at smitte mellom mennesker og dyr ikke er mulig. Papillomavirus tilhører et DNA-virus og de virusene som kan føre til sykdom hos mennesker kalles humant papilloma virus. (Nilsen et al., 2007). Zur Hausen fikk i 2008 nobelprisen i medisin for sin over 30 år gamle påstand om at det kunne være en sammenheng mellom HPV og livmorhalskreft. Utviklingen av molekylærbiologiske teknikker har siden dette vist HPV i kondylomer og carcinomer i anogenitalområdet, og de kreftfremkallende egenskapene til HPV er nå dokumentert. Oppdagelsen gjør at vi i dag vet årsaken til livmorhalskreft og til utviklingen av de to vaksinerne.

Livmorhalskreft utvikles fra celleforandringer i livmorhalsen som i 99 % av tilfellene er forårsaket av kreftfremkallende HPV-typer (Hofmann, 2008). Det finnes totalt over 120 ulike HPV-typer hvorav 13 er såkalte ”høyrisiko” typer eller også kalt kreftfremkallende typer. De mest aggressive kreftfremkallende typene er HPV- 16 og 18, som forårsaker 73,8 % av all livmorhalskreft (se tabell 1). Vaksinene som er utviklet virker mot disse to HPV-typene. De resterende 11 kreftfremkallende HPV-typene står for 26,2 % av all livmorhalskreft. I dag har vi ingen vaksine mot disse kreftfremkallende HPV-typene.

Tabell 1

Prosentandel livmorhalskreft grunnet HPV

HPV type	Percentage of cervical cancer cases caused by HPV type	Cumulative percentage
16	58.1%	58.1%
18	15.7%	73.8%
33	4.4%	78.2%
31	4.0%	82.2%
45	2.9%	85.1%
35	1.6%	86.7%
58	1.2%	87.9%
56	1.0%	88.9%
52	0.6%	89.5%
39	0.2%	89.7%
51	0.2%	89.9%
68	0.3%	90.2%
59	0.1%	90.3%
Other	1.4%	91.7%
No type identified	8.3%	100%

(Smith et al, 2007).

Smitte med HPV kan føre til infeksjoner i livmorhalsen som igjen kan føre til livmorhalskreft. Foruten livmorhalskreft kan HPV-smitte og HPV-infeksjoner med de kreftfremkallende HPV-typene føre til kreft i ano-genitalområdet som analkreft,

anuskreft, vulvakreft og vaginakreft. Videre kan de samme HPV-typene føre til kreft i munn, neseslimhinne, hals og svelg (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

To av de ikke kreftfremkallende HPV-typene, HPV-6 og 11, forårsaker 90 % av alle kjønnsvorter (kondylomer) i Norge. På en klinikk i Norge blir over 2000 pasienter behandlet for kjønnsvorter hvert år. Mange av disse blir behandlet for tilbakevendende plager som arter seg fra væskende infeksjøs sår til mer individualiserende angrep med stor sår-problematikk. Behandling av kondylomer er belastende for den det gjelder og koster samfunnet flere millioner kroner i året. En spørreundersøkelse viser at 10 % av norske kvinner har hatt kondylomer (Lie, Kristensen, & Trope, 2009). Den ene av de to HPV-vaksiene virker forebyggende mot smitte av HPV-typene 6 og 11 (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

For å få HPV-infeksjoner må man bli utsatt for smitte. HPV smittes via seksuell kontakt, men også annen slimhinnekontakt kan føre til smitte. Samleie er ikke en forutsetning for smitte og den største smitekilden til HPV er via beføling av kjønnsorganer (Schwarz & Leo, 2008). Kondom beskytter bare delvis mot HPV-smitte og det er mulig å bli smittet med flere HPV-typer på en gang. Rundt 20 % blir smittet med en eller flere HPV-typer i løpet av de tre første årene etter seksuell debut, og opp mot 70 % av alle seksuelt aktive kvinner og menn blir smittet i løpet av livet (Rodriguez et al., 2007).

Blir man smittet med HPV så fører dette som regel til en symptomfri underlivsinfeksjon, som hos de fleste går over av seg selv i løpet av et par år. Hos en liten prosentandel blir infeksjonen vedvarende (persistente) noe som øker sjansen for celleforandringer og utvikling av livmorhalskreft. Utviklingen fra celleforandringer til kreft tar vanligvis flere tiår. I dag har en ikke kunnskap om hvilke av infeksjonene som blir persistente og hvilke som leger seg selv (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

For at vaksinen skal ha maksimal effekt må den gies til individer som enda ikke har hatt, eller har, en aktiv HPV-infeksjon. Da et stort antall av alle seksuelt aktive kvinner og menn til en hver tid har en aktiv HPV-infeksjon har en kommet frem til at vaksinene bør gies til jenter før de har blitt seksuelt aktive. Gjennomsnittet for

seksuell debutalder for jenter i Norge ligger på 16 år. For å være sikker på at en når jenter som enda er seksuelt naive og som ikke er smittet med HPV, har en landet på vaksineringsalder 12 år (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007a; Nilsen et al, 2007; Sosial- og helsedirektoratet 2008).

2.2 Massescreeningsprogrammet

I 1995 ble det innført et nasjonalt livmorhalsscreeningsprogram i regi av Kreftregisteret til alle norske kvinner i alderen 25-69 år. I dette frivillige programmet blir kvinner i aktuell alder oppfordret til å gå til sin lege/gynekolog for å få tatt en celleprøve fra livmorhalsen. Screeningen går ut på å granske celleprøven for å se om det er normale eller unormale celler tilstede. Ved normale funn anbefalers det at kvinner får tatt en celleprøve fra livmorhalsen hvert 3dje år. Ved funn av lavgradige skvamøse intraepiteliale lesjoner (LSIL) eller atypiske skvamøse celleforandringer av usikker betydning(ASC-US) vil den som gransker cellematerialet ha fullmakt til å anbefale at det også bør taes en HPV-test av kvinnen (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Et egen flytskjema er utarbeidet av Kreftregisteret for å følge opp disse kvinnene videre (se vedlegg 1).

Hovedmålsettingen med screeningprogrammet er å redusere antall kvinner med diagnosen livmorhalskreft samt å redusere antallet dødsfall på grunn av sykdommen. Etter at screeningprogrammet ble innført i Norge i 1995, har antall tilfeller med livmorhalskreft og antallet kvinner som dør av livmorhalskreft sunket. (Nilsen et al., 2007)(se tabell 2). Screeningprogrammet i Norge er velfungerende med et oppmøte på rundt 80 %. I internasjonale målestokk er dette et høyt antall, men likevel er det 20 % som ikke møter. Tall fra Kreftregisteret viser at rundt halvparten av de som får livmorhalskreft ikke har tatt celleprøver de siste 6 årene (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Videre ser en at 28 % som får livmorhalskreft i plateepitelet har hatt en normal celleprøve mindre enn 3 år før diagnosen ble stilt (Nilsen et al., 2007). Skal en ta dette alvorlig må en jobbe med å optimalisere screeningsprogrammet noe

kreftregisteret jobber for å aktualisere. Vaksinerings av en 12 års populasjon med jenter vil være en måte å bekjempe problemstillingen på.

Tabell 2

Totalt antall tilfeller av livmorhalskreft

År/	Totalt antall tilfeller av livmorhalskreft
1995	342
1996	333
1997	333
1998	346
1999	285
2000	283
2001	299
2002	305
2003	296
2004	272

(Nilsen et al., 2007)

Ved hjelp av screeningsprogrammet i Norge oppdages det rundt 10 000 kvinner med usikre og sikre celleforandringer i livmorhalsen. Hos ca 3000 kvinner er celleforandringene av en slik karakter at celleforandringene må fjernes kirurgisk. Det vil si at kvinnen får fjernet en kjegleformet stykke av livmorhalsen. Dette inngrepet kalles for konisering. Konisering kan påvirke livmorhalsfunksjonen til de kvinnene som får behandlingen, og fertile kvinner som i etterkant av en slik behandling ønsker å bli gravide vil ha økt risiko for å spontanabortere eller for å føde premature barn. Det er videre knyttet usikkerhet til om konisering i seg selv øker sjansen for senere å utvikle celleforandringer og livmorhalskreft. Dette er noe EU anbefaler blir nøye overvåket ved hjelp av de ulike lands screeningsprogrammer (Herbert et al, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Da man ikke vet hvilke celleforandringer som går over av seg selv og hvem som kan utvikle seg til kreft velger en å behandle alle kvinner med celleforandringer av en viss alvorlighetsgrad. Dette gjør at mange kvinner blir behandlet med konisering til tross for at celleforandringene som oftest går over av seg selv. Helsetjenesten har imidlertid ikke etisk mulighet til å la være å behandle disse celleforandringene da en ikke vet hvilke celleforandringer som utvikler seg til livmorhalskreft (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Når HPV-vaksinen innføres blir det viktig at den vaksinerte kohorten av jenter deltar i screeningsprogrammet på lik linje med de uvaksinerte. Grunnen til dette er at HPV-vaksinen beskytter mot HPV-typene 16/18 mens de 11 resterende kreftfremkallende HPV-typene vil en ikke være beskyttet mot. Kvinner er med andre ord ikke 100 % beskyttet mot HPV-smitte selv om de er vaksinert. Den beste måten å følge opp kvinner på er ved å analysere celleprøver tatt fra kvinnens cervix. Helsesøstrene må få informasjon om viktigheten av at denne kunnskapen formidlet og forstås av de vaksinerte og deres foreldre (Adams, Jasani, & Fiander, 2007).

2.3 HPV-vaksine til gutter

Både kvinner og menn kan bli smittet med HPV. Majoriteten av befolkningen er heteroseksuelle og menn vil på grunn av dette være den største smitekilden for kvinner. Menn som praktiserer sex med kvinner har selv en liten sjanse for å få HPV-infeksjoner som kan føre til kreft. Menn som praktiserer sex med menn kan få HPV-infeksjoner i anus- og analkanalen noe som igjen kan resultere i anus eller analkreft. Menn som har sex med menn har videre samme risiko for å få HPV-induserte infeksjoner og kreft i hals og svelg som kvinner (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). For å beskytte homoseksuelle menn samt få redusert smitte av HPV fra menn til kvinner har det blitt reist spørsmål om ikke også gutter bør vaksineres med HPV-vaksine. Menn kan forventes å ha samme effekt av vaksinen som kvinner men færre krefttilfeller vil forhindres (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007b).

HPV-vaksinering av jente i 7 ende klassetrinn vil til en viss grad beskytte guttene ved hjelp av flokkeffekten, men menn som kommer til å få mannlige partnere vil ikke få den beskyttelsen som vaksinasjon av jenter vil gi. I dag er kun en av de to HPV-vaksinene godkjent til bruk på menn. På nåværende tidspunkt anbefaler ikke myndighetene HPV-vaksine til gutter grunnet lite forskning på vaksinens effekt og sikkerhet på menn.(Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007b; Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

2.4 Helseøkonomi

Behandling av celleforandringer på kvinnens livmorhals koster samfunnet penger i form av konisering, hospitalisering, oppfølging og eventuelle problemer med framtidig graviditet, prematuritet og aborter. I følge Sosial- og helsedirektoratet (2008) bruker Helse Norge rundt 24 millioner kroner i året på konisering.

Vaksinering av landets 12 års gamle jenter vil være med på å redusere dette antallet og også utgiftsposten. Beskjeden til en kvinne om at hun har celleforandringer har også en menneskelig side da det i mange tilfeller vil være en belastning for kvinnen å måtte gjennomgå en konisering med alle usikkerhet og angst dette kan medføre.

I følge resultatene av en økonomisk evaluering av HPV-vaksinasjon i Norge, er vaksinasjon med HPV-vaksine en kostnadseffektiv strategi for å redusere antall nye tilfeller og dødelighet av livmorhalskreft. Det å introdusere vaksinen og opprettholde dagens screeningsprogram resulterte i en besparelse på NOK 477 000 per vunnet leveår i et helsetjenesteperspektiv og NOK 141 000 per vunnet leveår i et samfunnsperspektiv (Neilson & Freiesleben de Blasio, 2007). Sosial - og helsedirektoratet (2008) har estimert utgiftene til HPV-vaksineinnføringen til NOK 104 millioner årlig, dersom den innføres i regi av barnevaksinasjonsprogrammet, til et årskull jenter.

Når det i følge Statsbudsjettet for 2009 er bevilget 57 millioner er dette å anse som bevilgninger for vaksinekostnader for siste halvdel av skoleåret 2009 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

2.5 Usikkerhetsaspekter knyttet til HPV-vaksinen

Det er usikkert hvor lenge HPV-vaksinen har effekt. Det er også usikkert om en etter vaksinasjon med HPV-vaksine vil se at andre kreftfremkallende HPV-typene i større grad vil føre til livmorhalskreft enn de gjør i dag. Dette kalles virologisk skift eller replacement (de Blasio, Neilson, & Gjertsen, 2008). Faren for replacement anses som liten, det samme gjør faren for langtidsbivirkninger. Likevel tørr man ikke se helt bort fra dette, og både Folkehelseinstituttet (2007a) og Sosial- og helsedirektoratet (2008) har anbefalt at dette blir nøye overvåket når HPV-vaksinen innføres.

HPV-vaksinene beskytter mot to av de 13 kreftfremkallende HPV-typene. Disse HPV-typene står for 73,8 % av all livmorhalskreft (se tabell 1). Dette vil si at en ikke er beskyttet mot livmorhalskreft grunnet de 11 resterende kreftfremkallende HPV-typene. HPV-vaksinasjon gir ikke fullgod beskyttelse mot livmorhalskreft. En forventer heller ikke 100 % vaksineoppslutning. Dersom alle jenter på 12 år lar seg vaksinere mot HPV-typene 16/18 vil vaksinene ha et potensialet til å forebygge 40 – 60 % av alle grove celleforandringer og tilnærmet 70 % av alle livmorhalskrefttilfellene i verden og kanskje enda flere i Europa (Nilsen et al., 2007).

Registrerte bivirkninger til de to vaksinene er rapportert som lokale reaksjoner på vaksinasjonsstedet som rødme, smerter og hevelse. I tillegg til lokale bivirkninger er besvimelse ved vaksinerings samt feber rapporterte systematisk bivirkning.

Langtidsbivirkninger er enda ikke avklart grunnet vaksinens korte tilgjengelighet (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007b). I media og enkelte vaksinekritiske foreninger (Judical Watch, 2008) kan en lese om dødsfall, vorteutbrudd og andre alvorlige bivirkninger etter HPV-vaksinasjon. I nettavisen VG stod det den 8.9.2008 at 20 jenter døde i USA etter HPV-vaksinering (Gjerding, Johnsen, & Stølan, 2008). Ingen

av disse rapporterte tilfellene kan med sikkerhet eller sannsynlighet knyttes til HPV-vaksinene (NTB, 2009).

2.6 Sosiale ulikheter

Regjeringen har sosiale ulikhet i helse som et nasjonalt satsningsområde med mål om å reduseres helseforskjellene (Næss, Rognerud, & Strand, 2007). HPV-vaksine og sosiale ulikheter har fått mye oppmerksomhet i media. Vaksinene er i dag tilgjengelige på det norske markedet, men må hvis en ønsker den, betales av den enkelte. Vaksinene koster rundt 3500 kr for de tre nødvendige dosene. Undersøkelser viser at i Oslo-området er vaksinen solgt i stor overvekt til personer i Oslo Vest, mens salget har gått tregt i Oslo Øst. Samtidig er vaksinen solgt i stor utstrekning i Bærums området (Hanger, Henriksen, & Dommerud, 2007). Argument om at manglende vilje til å innføre vaksinen, i regi av barnevaksinasjonsprogrammet, vil føre til økte sosiale ulikheter i helse har vært flittig brukt i HPV-vaksine debatten.

2.7 Meningokokkvaksineforsøket

Fra 1974 hadde man et økende antall tilfeller av meningokokkmeningitt i Norge. Opp mot 300 tilfeller årlig ble registrert hvorav 80 % skyldes bakterien meningokokk B. Sykdommen meningokokkmeningitt rammet spesielt barn fra to til fem år og ungdom mellom 13 og 20 år. Dødeligheten var på rundt 10 %, og utover 1980 tallet utviklet meningokokkmeningitt seg til å bli en epidemi med rundt 100 dødsfall i året.

Meningokokkmeningitt forårsaket av bakterien meningokokk B er smittsomt fra menneske til menneske i form av dråpesmitte. På 80 tallet hendte det på grunn av frykt for smittespredning blant de mest utsatte gruppene at skoler ble midlertidig stengt og ulike ungdomsarrangementer avlyst. Epidemien fikk stor oppmerksomhet i media og interessen blant befolkningen var stor spesielt grunnet den angsten smitten

representerte. I befolkningen ble det reist krav om at myndighetene ”gjorde noe” som kunne redusere forekomsten av denne smittsomme sykdommen (Aasland, Andersen, Simonsen, & Smith, 2007).

På bakgrunn av dette ble det i 1985 bestemt at en skulle produsere en vaksine som var tilpasset den norske epidemien. En norsk meningokokkvaksine ble dermed produsert i regi av Folkehelseinstituttet og var klar for utprøving på mennesker i 1987.

Vaksinen ble introdusert som et vaksineforsøk som ble organisert som prosjekter forankret i Folkehelseinstituttets ledelse. Utprøving fulgte internasjonale retningslinjer for vaksineutprøving. Dette betydde en trinnvis utprøving der en neste fase i utprøvingen bare kunne skje dersom resultatene fra forrige utprøvingsfase var tilfredsstillende. Ulike faser ble iverksatt før det i 1988 til 1994 ble gjennomført et hovedforsøk kaldt ungdomsskoleforsøk på ungdomskoleelever i Norge.

Ungdomsskoleforsøket startet november 1988 og totalt 179 657 ungdomsskole elever fra 1335 skoler deltok. Hovedhensikten med forsøket var å vise vaksinen effektivitet og sikkerhet i et fremtidig vaksinasjonsprogram.

Totalt ble 292 997 personer vaksinert i løpet av alle vaksineforsøkets faser.

Resultatene i etterkant av vaksineforsøket har vist en beskyttelsesprosent mot meningitt forårsaket av meningokokk B på 57,2 %. En antar at en tredje dose ville øke beskyttelsesprosenten vesentlig. Grunnet fallende innsidens ble ikke meningokokkvaksinen innført som standard vaksine som ledd i barnevaksinasjonsprogrammet.

Vaksineforsøkene og da spesielt ungdomsskoleforsøket fikk i etterkant kritikk fra ulike hold grunnet mangelfull informasjon spesielt med tanke på sikkerhetsaspektet. Ulike bivirkninger ble rapportert og en foreldreforening kaldt Vaksinegruppen ble dannet. Foreningen representerte vaksinerte som i etterkant utviklet kronisk tretthetssymptomer (ME). I 2006 rettet media søkelyset på gjennomføringen av Meningokokkvaksineforsøket og på bakgrunn av dette ble det i 2007 nedsatt et utvalg oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Utvalg har evaluert vaksineforsøket og spesielt sett på forsøkets organisering og struktur, risikovurdering,

informasjonene som ble gitt, forsikringsordningen, bivirkninger og skadeerstatningsoppgjør. Utvalget har utgitt en rapport til HOD den 16. oktober 2007 (Aasland et al., 2007). Dette utvalget konkluderte i sin rapport blant annet med at staten må tåle sterk kritikk på deler av vaksineforsøkets fremgangsmåte.

Når HPV-vaksinen innføres blir det viktig å ta lærdom av hva kritikken gikk ut på og hva som gikk galt ved meningokokkvaksineforsøket slik at en kan unngå å gjøre samme feil når HPV-vaksine skal innføres som ledd i barnevaksinasjonsprogrammet.

3. LITTERATURGJENNOMGANG

De to HPV-vaksinene som er tilgjengelig på det norske markedet er omstridte og sterke krefter er delte i sitt syn om HPV-vaksine bør bli en del av barnevaksinasjonsprogrammet. Da temaet har blitt diskutert i media er mye av den benyttede litteraturen fra tidsskrifter, leserinnlegg, kronikker og debatter. Litteratur fra publiserte og anerkjente studier, samt faglitteratur, har som regel en høyere kvalitet enn nettpubliserte diskusjoner og leserinnlegg. Begge typer litteratur har likevel blitt benyttet i studien da det viser bredden i debattene. Nettbasert litteratur som leserinnlegg og kronikker har dannet et bilde av hvilke argumenter som eksistere for og mot HPV-vaksineinnføringen. Dette er det nyttig å ha kunnskap om når helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov skal kartlegges. Forskningsartikler, faglitteratur, rapporter og ulike studier har gitt viktig og nyttig fagkunnskap.

I litteraturgjennomgangen er det gjort datasøk i databaser som CINAHL, MEDLINE, PUBMED samt Google Scholar. Søkord som har blitt benyttet er: HPV-vaccination og information. På første søk fikk forsker 18 treff med aktuelle artikler vedrørende HPV-vaksineinnføringen i USA samt studier som så på HPV-vaksine behovet i England. Mye av forskningen som er gjort viser hva foreldre vet fra før om HPV-infeksjon og livmorhalskreft, og at det er behov for riktig og godt fremført informasjon til målgruppen og foreldre når vaksinen innføres (Dempsey & Davis, 2006; Gray, 2007). Til forskjell fra studier i England viste litteraturen i USA en generell frykt for at HPV-vaksinasjon ville kunne føre til en mer promeskiøs atferd hos de vaksinerte. Frykten går på at HPV-vaksinasjon ville kunne virke oppfordrende på de unge til å ha friere og økt seksuell aktivitet med mindre bruk av kondom da de ville anse seg selv som "beskyttet" grunnet vaksinasjonen.

Undersøkelser foretatt i regi av Departement of Health viste at foreldres fokus ved HPV-vaksinasjon i England var rettet mot sikkerhet og eventuell bivirkninger. Jentene, på sin side, var mest bekymret for selve sprøytetikk. Departement of Health understreker at for å få en stor oppslutning om vaksineprogrammet er det viktig at det fokuseres på HPV-vaksinen som en vaksine mot livmorhalskreft og ikke

som en vaksine mot en seksuelt overførbart sykdom (NHS, 2009a, 2009 b). Fra England var det også artikler og faglitteratur som viste til hvor effektiv og sikker vaksinen er (The FUTURE II study group, 2007a, 2007 b).

Videre søk i de ulike databasene ble gjort med søkeorden: content, willingness og preparing for HPV-vaccination. Treffene var mange og relevante. Mye er skrevet om HPV-vaksineinnføring i ulike land. Mange land har fokusert på vaksinenes sikkerhet og den usikkerheten som vaksinene representerer. Informasjonsmateriale utarbeidet i de ulike landene som har innført vaksinene samt artikler som konsentrert seg om viktigheten av dette (Vetter & Geller, 2007) er blant funnene fra litteratursøkene.

Litteratur på opplæringsbehov rettet mot helsepersonell som skal utføre vaksiner og svare på henvendelser fra publikum fant forsker lite litteratur på. Flere artikler viste imidlertid til at sykepleiere og helsesøstre var viktige aktører for å få en høy vaksinedekning og at det var de som måtte få oppgavene med opplæring og videreformidling av kunnskap til målgruppen og deres foreldre (Rogers & Cantu, 2009). Flere artikler konsentrerte seg på hva som må til for at foreldre og barn skal akseptere HPV-vaksinen. Forsker har funnet lite litteratur som sier noe om hvordan helsesøstre kan få den nødvendige kompetansehevingen i forkant av HPV-vaksineinnføringen.

Fokusert i flere av artiklene var satt på at målgruppen og deres foreldre visste lite om HPV og at de ville komme til å trenge mye kunnskap fra helsepersonell før de kommer til å akseptere HPV-vaksinen (Dekker, 2006). Litteratur fra USA understreker at den generelle kunnskapen i befolkningen er lav når det gjelder HPV-infeksjon og livmorhalskreft (Dempsey et al., 2006; Zimet, 2006). Liknende undersøkelse i Norge (Øren & Skjeldestad, 2006) viser at 20 % av kvinner i en studie visste hva HPV var, og 15 % visste at HPV kan forårsake livmorhalskreft og kjønnsvorter. Dette, sammen med foreldres økende skepsis til vaksiner til barn (Rygg, 2006) indikerer at informasjonsbehovet i befolkningen, er stort når HPV-vaksine innføres.

En rapport om meningokokkvaksineforsøket har gitt nyttig informasjon om hva som gitt galt ved dette vaksineforsøket. Det å ta lærdom av tidligere feil for å forbedre praksis må sees på som en fordel ved HPV-vaksineinnføringen. Rapporten har vært særdeles nyttig i forkant av at forskningsfeltet ble oppsøkt. Helsesøstrene får i denne rapporten kredit for deres innsats og pågangsvilje og de får mye av æren for at meningokokkvaksineforsøket lot seg gjennomføre (Aasland et al., 2007).

Et referat fra en idédugnad som Folkehelseinstituttet hadde med helseøstre våren 2008 har også vært litteratur studien benytter seg av. Referatet ga en tidlig belysning av studiens problemstilling samt en forforståelse av hva helsesøstrene var opptatt av ved temaet, i forkant av at forskningsfeltet ble oppsøkt.

Søket ble mot slutten av studien utvidet til databasene EMBASE, BRITISH NURSING INDEX, og COCHRANE LIBRARY. Søkene ga 157 treff med blant annet søkeordene: Public Health Nursing, Community Health Nursing, Attitude of Health Personnel, feeling, rejection, nurse's role, vaccination, immunisation, vaccinotherapy. Funnene fra disse søkene ga mye nyttig litteratur til studiens problemstilling om forventet skepsis hos foreldre (Whyte, 2000), behov for kunnskap og helsesøstrenes viktige rolle i dette arbeidet (O'Dowd, 1999). Litteratur som underbygger at det er viktig at helsesøstre har nødvendig kompetanse når HPV-vaksinen innføres for å sikre stor vaksinedeltakelse var blant litteraturfunnene (Forbes, 2008).

4. DESIGN OG METODE

4.1 Design

Et design for en studie er synonymt med en plan for hvordan studien er gjennomført der strukturen for studien bør være bygget på eksisterende kunnskap om et forskningstema (Nord, 1998).

Denne studien har et utforskende design. Et utforskende design er preget av fleksibilitet, der nye ideer og teorier, samt ny innsikt kan utvikles (Fagermoen et.al. 1998). Innen et utforskende design benyttes ofte tekstdatasamlingsmetoder, som for eksempel ustrukturerte intervjuer. Allerede eksisterende data kan også benyttes.

Grunnen til valg av design er at det i studien skal frembringes ny kunnskap om helsesøsters holdninger til HPV-vaksine og deres kompetansebehov i forkant av vaksineinnføringen. Samtidig søker oppgaven å finne svar på hvordan helsesøstrene på best mulig måte kan bli formidlet kunnskap om HPV-vaksinen. Studien skal finne svar på spørsmål som i utgangspunktet er ukjent. Ved hjelp av et utforskende design tillates det at det i studien blir gitt en utdypende beskrivelse av problemer som det foreligger lite litteratur om.

Studien har også kvalitativt design. Et kvalitativt design er passende for å beskrive kvaliteter ved fenomener som skal studeres (Malterud, 2003). I studiens problemstilling er kvalitativt design egnet ved å utforske nye sider ved kjente fenomener. Ved hjelp av et kvalitativt design kan forsker gå åpent ut i et feltet for å innhente ny kunnskap om et fenomen som kan kaste lys over studiens problemstilling. Dette hindrer ikke forsker i å foreta en teoretisk kunnskapstilnærming til feltet.

4.2 Metode

Ved hjelp av metodevalg viser man fremgangsmåten ved innhentning av data, hvordan en analyserer dataene og presentasjon av funn. Studien har en kvalitativ metode som er fokusgruppeintervju. Grunnen til valg av metode er at fokusgruppeintervju egner seg når en ønsker å beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. I studien er fenomenene helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov knyttet opp mot HPV-vaksinasjon. Materialet til kvalitative metoder består av tekstdata som er et resultat av samtaler og observasjoner. Disse bidrar til å vise mangfoldet og nyansene i det en ønsker å studere (Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 2003). Ved hjelp av fokusgruppeintervju beskrives og utforskes helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov.

Kvalitativ metode kan også brukes for å få en dypere forståelse for hva som formidles i en tekst. Tradisjonell tekstanalyse som metode brukes når tekster som rapporter og referater skal granskes. En kvalitativ forskningsmetode gjør det mulig å åpne for forskning på felter der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt (Malterud, 2003; Polit & Beck, 2004). I studien er problemstillingen og forskningsspørsmålene komplekse og sammensatte og muligheten for å få mange ulike svar er tilstede.

Materialet til studien har blitt innsamlet ved hjelp av 3 tilgjengelige datakilder:

1. Fire fokusgruppeintervjuer med helsesøstere.

De fire fokusgruppeintervjuene står sentralt i studiens funn. Fokuset ved analyse av fokusgruppeintervjuene var å få frem helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov i forkant av HPV-vaksineinnføringen. I tillegg er det i studien benyttet materiale fra

2. En rapport utarbeidet etter meningokokk B vaksineforsøket.

Denne rapporten ble analysert for å ta lærdom av hva som gikk galt under meningokokk B vaksineforsøket slik at samme feil ikke gjentas når HPV-vaksinen innføres.

3. Et referat fra en idédugnad om HPV-vaksinen som Folkehelseinstituttet hadde med helsesøstere, våren 2008.

Idédugnaden ble gjennomført da Folkehelseinstituttet ønsket å få kunnskap om helsesøstrenes tanker om HPV-vaksinen før den ble vedtatt innført i barnevaksinasjonsprogrammet. I denne studien har referatet blitt analysert med fokus på helsesøstrenes betenkeligheter, motstand og merbelastning ved innføring av HPV-vaksinen.

Fokusgruppeintervjuene er studiens hovedfase. Tekstanalyse av rapporten om meningokokkvaksineforsøket og idédugnaden til Folkehelseinstituttet er med på å belyse og forberede fokusgruppeintervjuene. De danner grunnlaget for en utarbeidet intervjuguide, og for en foreslått kurspakke som begge blir benyttet under fokusgruppeintervjuene

I forkant av de fire fokusgruppeintervjuene ble det valgt å starte med et pilotprosjekt. Hensikten med pilotprosjektet var i utgangspunktet å få en forståelse for hva foreldre visste om HPV og det kommende vaksinetilbudet. Forsker hadde helt i starten av studien tenkt å bruke intervju av foreldre og jenter som metode. Pilotprosjektet viste imidlertid at foreldres behov for informasjon var så stort og at det ville være mer hensiktsmessig å kartlegge helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov i forkant av HPV-vaksineinnføringen.

4.3 Pilotprosjekt

To foreldrepar til jenter på 12 år hadde en uformell samtale med forsker om deres tanker vedrørende HPV-vaksinen og det kommende vaksinetilbudet. De 2 foreldreparene er bekjente av forsker. I forkant av samtalen ble det forbredt noen spørsmål det var ønsket svar på. Utfallet av pilotprosjektet bekreftet funnene fra ulike studier om at foreldre viste lite om HPV og sammenhengen mellom HPV og livmorhalskreft (Øren et al., 2006). Begge foreldreparene var skeptiske til HPV-vaksinetilbudet og de

hadde stort behov for informasjon. Parene ga uttrykk for at de var redde for å påføre sine døtre skade ved å eventuelt samtykke til vaksinasjon. Under pilotprosjektet kom det frem at foreldrene ikke trodde det ville bli vanskelig å snakke med sine 12 års gamle jenter om det seksuelle ved vaksinen.

Som et resultat av pilotprosjektet ble fokusgruppeintervju med helsesøstere valgt som metode da helsesøstrene vil få oppgaven med å formidle kunnskap til foreldre og barn. Helsesøstrenes egne holdninger til vaksinen, deres formidling av kompetanse og informasjonsutlevering vil være avgjørende for å få en vellykket vaksineinnføring.

Pilot prosjektet ble en viktig læreerfaring for forsker i forkant av hovedstudien.

4.4 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju som metode utgjør en god tilnærming når en skal hente ut og besvare forskningsspørsmålene om helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov i forkant av HPV-vaksineinnføringen. Helsesøstrenes meninger om arbeidsoppgaver i forhold til tildelte ressurser når vaksineoppgavene skal utføres samt de resterende forskningsspørsmålene kan utforskes ved hjelp av fokusgruppeintervju.

Fokusgruppeintervju er et kvalitativt intervju i gruppe og skal foregå som en samtale mellom deltakere, her, helsesøstere og forsker. I en fokusgruppe diskuterer man et bestemt tema, HPV (Halkier, 2002) Målet med en fokusgruppe er å bringe frem informantenes opplevelser og erfaringer (Kvale, 2006). Forskeren vil i et fokusgruppeintervju søke etter svar på bestemte spørsmål. I studien var spørsmålene konkretisert i en intervjuguide (se vedlegg 2). Intervjuguiden var forberedt i etterkant av tekstanalysen av meningokokkvaksineforsøket, idédugnaden og pilotprosjektet. Intervjuguiden sikret at sentrale temaer ble besvart. Intervjuguiden inneholdt spørsmål som var enkle og direkte og ble stilt på en måte som la til rette for drøfting og samspill mellom fokusgruppedeltakerne (Halkier, 2002).

Det som er spesielt med en fokusgruppe og som skiller disse fra andre intervjuer er gruppedeltakernes interaksjon der fokuset er satt på et bestemt emne (Polit et al., 2004). En fokusgruppe blir ledet av forsker eller moderator. Moderator er den som stiller spørsmålene og som leder fokusgruppen. I tillegg krever fokusgrupper at det er tilstedet en assisterende moderator som kan skrive notater, oppsummere på slutten av intervjuet og notere ned kroppsspråk og annen nonverbal kommunikasjon (Lerdal & Karlsson, 2008).

Studiens problemstilling, helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov, i forhold til et komplekst og vanskelig tema som vaksinerings av 12 års gamle jenter er mangelfullt beskrevet. For å få frem helsesøstrenes refleksjoner om temaet var det nyttig å få informantene til å dele sine tanker og erfaringer med hverandre ved at det en helsesøster sa ofte trigget en annen i gruppa til å si mer om samme tema. På denne måten ble det fruktbare diskusjoner og meningsutvekslinger om temaet, HPV.

Fokusgruppe er egnet når man ønsker å gi detaljerte beskrivelser og opplevelser og holdninger til deltakerne og kan gi tilgang til rikere og mer sensitive data enn under vanlige intervju (Morrison-Beedy, Cote-Arsenault, & Feinstein, 2001). Spesielt viktig blir dette i denne studien da helsesøstrenes holdninger og kompetanse til HPV var i fokus. Deltakernes diskusjoner og sammenligning av erfaringer og forståelser kan gi kunnskap om kompleksiteten som HPV-vaksinasjon representerer. Den kontekstuelle forståelsen som deltakerne har om temaet kan på denne måten formidles til forsker.

4.5 Tilgang til forskningsfeltet

FOKUSGRUPPEINTERVJUENE

Lokale retningslinjer for tilgang til data til forskningsformål ble fulgt i tråd med Forskningsveileder for sykepleiere (Fagermoen, 2003). Før fokusgruppeintervjuene stilte forsker en muntlig og skriftlig henvendelse til leder for landgruppen av helsesøstere (LaH NSF) der mastergradsstudien ble presentert sammen med prosjektbeskrivelsen. Leder for LaH NSF stilte seg positiv til studien og sendte e-post

til flere ledende helsesøstere ved ulike helsestasjoner med oppfordring til å delta i studien. Etter dette kontaktet forsker de samme avdelingslederne både muntlig og skriftlig. De ledende helsesøstrene var positive til studien og forslo ulike kandidater som mulige deltakere til fokusgruppene. Kriteriet som ble stilt av forsker var at deltakerne til fokusgruppene var helsesøstrene som kom til å jobbe med HPV-vaksinasjon fra høsten 2009. Det ville i dette tilfelle si helsesøstere som jobbet i barneskolen. Forsker kontaktet de foreslåtte helsesøstrene pr telefon og e-post, og ved positiv respons ble forespørsel til å delta i fokusgruppeintervju sendt, sammen med prosjektbeskrivelsen (se vedlegg 3). Det ble informert at studentens veileder ved Universitetet i Oslo (UIO) kunne kontaktes ved eventuelle spørsmål.

Felles for denne fasen av studien var at alle helsesøstrene ga uttrykk for at de hadde mye å gjøre slik at det ble vanskelig å finne en tid som passet. Etter flere e-post korrespondanser og telefonsamtaler endte forsker likevel opp med deltakere nok til to fokusgrupper. Før fokusgruppeintervjuene samlet forsker inn deltagernes skriftelige samtykke til å delta i studien, det samme gjaldt for deres ledere.

Datafaglig sekretariat ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ble meldt om studien. Dette skal sikre at etiske, juridiske og metodiske forhold ved behandling av personopplysninger i studien er ivarettatt. NSD informerte om at studien ikke var meldepliktig eller konsesjonspliktig etter lov om behandling av personopplysninger av 14. april 2002 nr 31 §§ 31 og 33 (personopplysningsloven) (se vedlegg 4).

IDÉDUGNADEN

Avdelingsleder ved Folkehelseinstituttet ble kontaktet i forkant av tekstanalysen av referater fra idédugnaden. Ledelsen i Folkehelseinstituttet ga sitt muntlige samtykke til referatutlevering samt kontakt av idédugnadens deltakere. Folkehelseinstituttet kontaktet selv de aktuelle helsesøstrene med spørsmål om de tillot forsker å få tilgang til kopi av referatet fra idédugnaden.. Idédugnadens deltakere skulle dersom de ikke godtok at forsker fikk utlevert referatet gi en tilbakemelding pr e-post til forsker innen 3 uker (se vedlegg 5).

4.6 Utvalg til fokusgruppeintervjuene

Det var naturlig å velge helsesøstere som deltakere til fokusgruppeintervjuene, da det er de som får jobben med å HPV-vaksinere jenter.

Det anbefales ulik størrelser på fokusgruppeintervjuer avhengig av tema (Polit et al, 2004). Der teamet er sensitivt anbefales grupper på rundt 5 deltakere (Morrison-Beedy et al, 2001) men når en ønsker å gå i dybden for å avdekke ny kunnskap anbefales et lite utvalg (Fagermoen, Nord, Hanestad, & Bjørnsborg, 1998). Studiens problemstilling kan sees på som sensitivt i det helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov skal diskuteres. På bakgrunn av dette ønsket ikke forsker for store grupper samlet. Forsker ønsker imidlertid å gjennomføre 2 fokusgruppeintervjuer med samme fokusgrupper for å se om helsesøstrenes holdninger endret fra det første til det andre intervjuet. De to fokusgruppene bestod av henholdsvis 5 og 8 deltakere og møtte til intervju to ganger i løpet av 3 mnd.

Tabell 3

Gjennomføring av de ulike fokusgruppeintervjuene

Fokusgruppe 1 8 deltakere	Første fokusgruppeintervju - uke 44
Fokusgruppe 2 5 deltakere	Første fokusgruppeintervju - uke 47
Fokusgruppe 1 (6 av de opprinnelige 8 deltakere møtte)	Andre fokusgruppeintervju - uke 50
Fokusgruppe 2 (3 av de opprinnelig 5 deltakerne møtte)	Andre fokusgruppeintervju - uke 3

Fokusgruppe 1 bestod ved første gangs intervjuing av 8 deltakere. Alle hadde mer enn 5 års erfaring som helsesøstere fra barneskolen og alle ville komme til å jobbe med HPV-vaksinasjon fra høsten 2009. Deltakerne var mellom 35 og 55 år.

Fokusgruppe 2 bestod av 5 helsesøstere hvor majoriteten hadde mer enn 5 års erfaring som helsesøstere. Denne gruppen var i snitt noe yngre enn fokusgruppe 1. I begge fokusgruppene var deltakerne kvinner. Begge fokusgruppene ble spurt om de samme spørsmålene. Intervjuene varte i 90 minutter og ble tatt opp på digital opptaker. Mellom hvert av fokusgruppemøtene ble materialet transkribert.

4.7 Gjennomføring av fokusgruppene

I begge fokusgruppene ble det tilstrebet å ha en åpen atmosfære. Det ble i starten av intervjuet ønsket velkommen etterfulgt av en kort presentasjonsrunde.

Forsker/moderator introduserte tema for samtalen slik at fokusgruppedeltakerne fikk klargjort hensikten med intervjuet. Moderator presenterte så "kjørereglene" for hvordan gruppediskusjonene skulle foregå der deltakerne ble oppfordret til å snakke med hverandre fremfor moderator. Moderator forklart kort egen rolle som styrer med fokus på gruppedynamikken og innholdet i diskusjonen. Assisterende moderator ble presentert med rolleavklaring. Før moderator presenteret åpningsspørsmålet ble deltakerne oppfordret til å delta aktivt i diskusjonene. Det ble vektlagt at moderator ønsket å få tilgang til kompetanse og kunnskap og at det var dette som stod i fokus og at det ikke var riktige og gale svar. På denne måten ble det lagt til rette for at informantenes kunnskapsbehov og holdninger kunne komme klart fram.

Under fokusgruppeintervjuene inntok moderator en mer passiv rolle i diskusjonene, og styrte samtalen ut fra intervjuguiden (se vedlegg 2). Ved behov styrte moderator samtalen i ønsket retning og ved spørsmål som kunne lede til ytterligere forståelse grep moderator inn med spørsmål som "kan du si noe mer om dette?" eller "kan du forklare nærmere hva du mener nå?" Slike oppfølgingsspørsmål sørget for at

interessante temaer som ikke ble fulgt opp blant fokusgruppedeltakerne likevel ble utdypet.

Moderator sørget for at alle informantene kom til ordet ved å stille spørsmål direkte til deltakere som ble passive eller som ikke kom til ordet. Moderator sørget også for at alle spørsmålene i intervjuguiden ble diskutert. Assisterende moderator skrev egne notater gjennom fokusgruppeintervjuene. På slutten av intervjuene ble det avsatt tid til assisterende moderators eventuelle spørsmål. Avslutningsvis hadde moderator en oppsummering av hoveddiskusjonene i fokusgruppeintervjuene der deltakerne fikk anledning til å kommentere, korrigere og gi tilbakemeldinger.

Før fokusgruppedeltakerne forlot de første fokusgruppeintervjuene fikk deltakeren utdelt en rapport utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet (2008). Rapporten var en del av saksmateriale som Rådet brukte som bakgrunns materialet før de anbefalte HPV-vaksinen innført i barnevaksinasjonsprogrammet. Fokusgruppedeltakerne ble oppfordret til å lese rapporten til neste fokusgruppeintervju. Tanken bak dette var å se om mer kunnskap om vaksinen og kjennskap til bakgrunnsgrunnlaget til vaksinens anbefaling, ville påvirke fokusgruppedeltakernes holdninger og meninger om vaksinen.

I forkant av det andre fokusgruppeintervjuet med fokusgruppe 1 fikk informantene tilsendt en grovskissert oversikt over hovedkategoriene av funnene fra det første fokusgruppeintervjuet. De ble bedt om å lese igjennom dette på forhånd slik at innholdet kunne gjennomgås og eventuelt korrigeres. Til det andre fokusgruppeintervjuet med fokusgruppe 1 møtte 6 av de totalt 8 deltakerne. Samme intervjuguide ble benyttet for å se om helsesøstrenes holdninger hadde endret seg fra det første til det andre fokusgruppeintervjuet.

Fra fokusgruppe 2 møtte 3 av informantene til det siste fokusgruppeintervjuet. Gruppen fikk som fokusgruppe 1 en grovskissert oversikt over hovedkategoriene av funnene fra forrige fokusgruppeintervju, men til forskjell fra gruppe 1 fikk gruppe 2 først utlevert dette materialet ved ankomst til sitt andre fokusgruppeintervju. Det ble satt av 10 minutter i starten av fokusgruppeintervjuet til å lese gjennom det utleverte

materialet. Grunnen til endringen var at det ved fokusgruppe 1 andre gang var flere som ikke hadde lest det tilsendte materialet eller ikke lenger husket hva som stod der. Begge fokusgruppeintervjuene varte i 90 minutter. Intervjuene ble tatt opp på digital opptaker og transkribert. Av samme grunner som tidligere nevnte ble intervjuguiden fra tidligere fokusgruppeintervjuer benyttet også i fokusgruppeintervjuet med gruppe 2.

I siste halvdel av fokusgruppeintervjuene ble det avsatt tid til å diskutere forslag til kurspakke til helsesøstre. Helsesøstre ble forklart at målet med kurspakken var å øke helsesøstrenes kompetanse om HPV-vaksinen. Kurspakken skulle diskuteres med tanke på å øke helsesøstrenes følelse av trygghet når vaksinen innføres slik at de kan møte etterspørselen av informasjon fra jenter og foreldre på en trygg og god måte. Fokusgruppedeltakerne ble oppfordret til å komme med egne forslag til opplæring av helsesøstertjenesten. Funnene fra disse diskusjonene presenteres som hovedfunnene i studien.

Notatene fra assisterende moderator ble sendt til forsker/moderator i etterkant av intervjuene for sammenligning. Forsker og assisterende moderator hadde også egne avsluttende samtaler på ca 10 minutter i etterkant av hvert fokusgruppeintervju.

Intervjuguiden som ble benyttet bestod av 10 spørsmål (se vedlegg 3). Funnene fra analyse av meningokokkvaksineforsøket, idédugnaden og pilotprosjektet førte til utforming av enkelte av spørsmålene i intervjuguiden og styrte til en viss grad forskeren ved at temaer som manglende kunnskap og ressurser, samt skepsis var kjent. Intervjuguiden hadde som hensikten å utforske og utdype disse funnene for å se om dette var overførbart ved HPV-vaksineinnføringen. I intervjuguiden var åpningsspørsmålet utformet for å kartlegge henvendelser til helsesøstre vedrørende HPV-vaksinen. Grunnen til dette var at forskeren ønsket å få svar på interessen blant publikum og hvorvidt dette hadde "tvunget" helsesøstre til å skaffe seg kunnskap om HPV-vaksinen i forkant av fokusgruppeintervjuene. Ved å styre spørsmålene mot helsesøstrenes egne tanker om vaksinen og om dette påvirket deres arbeid med vaksinasjon av skoleelever ønsket forsker å belyse helsesøstrenes

holdninger og betydningen av disse. Spørsmålene om helsesøstrenes ressurser ønsket forsker å få svar på for å se om funnene fra meningokokk B vaksineforsøket der helsesøstrene slet med knappe ressurser var gjeldene når HPV-vaksinen skal innføres. Intervjuguiden var til tross for at den var stram, åpne nok til at det ga rom for nye beskrivelser og nyanser over temaet som skulle studeres. Forskere var klar over utfordringene ved å ikke la seg styre for mye av funnene fra idédugnaden, meningokokkvaksineforsøket og pilotprosjektet, men heller legge til rette for at informantene bidro med ukjente eller nye elementer.

De 4 fokusgruppeintervjuene med de to fokusgruppene la gode premisser for å få informasjon fra informantenes perspektiv noe som belyste problemstillingen.

4.8 Redegjørelse for dataanalyse

FOKUSGRUPPEINTERVJUENE

Deltakerne i fokusgruppeintervjuene svarte på de åpne spørsmålene med egne erfaringer, refleksjoner og antatte utfordringer de som yrkesgruppe så for seg at de kunne komme til å møte ved oppstart av HPV-vaksinasjon. Fokusgruppedeltakerne fikk presentert ulike forslag til kurspakke utarbeidet etter dataanalyse av meningokokkvaksineforsøket, idédugnaden til Folkehelseinstituttet og pilotprosjektet.

Data fra fokusgruppeintervjuene er analyserte i henhold til Kvale (2006).

Fokusgruppeintervjuene ble transkribert etter hvert fokusgruppeintervju til henholdsvis 21,19,17 og 15 sider. Intervjuene gikk da fra muntlig til skriftlig form og blir nå omtalt som data. Å gå fra muntlig til skriftlig form blir ansett som starten på analysedelen da tekst er lettere å få oversikt over enn muntlig form (Kvale, 2006) noe som økte forskers kjennskap til materialet. Intervjuene ble lyttet til flere ganger for å gi den nødvendige kjennskapen til det innsamlede materiale. Meningen med fokusgruppeintervjuene var å skildre beskrivelser og tolkninger av helsesøstre holdninger og kompetansebehov i forhold til HPV-vaksinen. Alle utsagn fra fokusgruppeintervjuene ble identifisert og transkribert. Pauser, latter og sukk ble også

notert for å ikke miste noe mening i løpet av transkriberingen. Utsnitt fra transkribert test er vist i tabell 4. Der informantene snakket i munn på hverandre ble det nødvendig å høre på intervjuet flere ganger og der det ikke var mulig å identifisere alt som ble sakt ble dette markert i teksten.

Tabell 4

Utsnitt fra transkribert tekst- rådata

Informant 1: Vi diskuterte det men i og med at jeg hadde sagt ja til den ene mammaen så diskuterte vi det og sa at det var opp til meg og dersom jeg hadde tid til det så måtte jeg jo bare gjøre det men hadde jeg blitt spurt i dag så hadde jeg sagt NEI for det var veldig mye jobb med det.
Moderator: Kan du si noe om denne jobben var det i form av tid til vaksinerings eller var det andre type ting?
Informant 1: Jeg måtte sette meg inn i dette her og jeg fikk jo en konsulent fra Gardasil til å komme til mitt kontor og forklare meg denne sprøyten som jeg følte var en ingeniøroppgave, da jeg fikk oppskriften og hun kom og viste meg hvordan jeg skulle gjøre det. Men jeg synes det tok tid med å ordne denne sprøyten og sette den og barna skal observeres i 20 minutter etterpå og jeg måtte sette av tid til det. Så jeg tok på meg alt for mye jobb i denne sammenheng.
Informant 2: Du sa sprøyte er det ikke en vanlig sprøyte?
Moderator: Det er en egen type sprøyte som vi godt kan snakke om avslutningsvis. Dere andre hva slags type pågang er det dere har fått?
Informant 3: Det som det viktigste er denne moren til denne jenta hun var også sykepleier og denne HPV-vaksinen har ikke så lang fartstid ehh hun valgte selv hvilken av disse vaksinene hun ville ha og hun valgte den med lengste bruk på det norske markedet så det ble Gardasil men hun var litt sånn hun var veldig opptatt av hva vet vi egentlig om langtids effekt, langtidsbivirkninger på HPV-vaksinen og jeg tror hun hadde et ganske vanskelig valg om hun skulle gi det og hun viste jo det at hun datteren ikke ville bli med i programmet i og med at hun er 15 også var det det og ikke vente for lenge, hun hadde 2 eldre døtre som hun ikke hadde satt det på så det var det meste, Jeg brukte mye tid på det å snakke om mor i forkant hun ville det beste men var veldig usikker var ikke riktig sikker på hva som var det beste
Informant 4: Det å sette vaksiner det tar tid og mye uro og engstelse i klassene. I den alderen der er det veldig mye som skjer med kroppen og veldig mange er redde.
Moderator: Kan dere si noe om det alle sammen kan dere diskutere det litt?
Informant 4: Mange får hysterisk anfall, mange blir svimmel og de kommer tilbake. De tror at vi kan vaksinere over 2 -3 timer men vi bruker hele dagen det er mange som blir dårlige og det er nok med at en jente blir dårlig da blir de det alle sammen og det er mange å ta seg av. Vi har en hel del å ta fatt i de dagene det er vaksinerings.
Informant 5: Det tar som du sier en hel dag og det er ikke bare den dagen du vaksinere fordi du går gjerne i klasse og informere om vaksinen og så skal du samle inn vaksine lappene også skal du se i journalene så det er mye mer enn akkurat det stikket. Så jeg tenker 3 doser vaksine dager til liksom.
Informant 1: Jeg kan gi et eksempel vi skal jo vaksinere 9 klasse og gud vet hvor mange 9 klasse elever jeg hadde på kontoret i dag og de skal vaksineres om 2 uker. De kommer med masse spørsmål og de er livredde og hva det vil innebære med 2 dager med vaksinerings også til og med vaksiner som har vært der i mange mange år da satt jeg å funderte på gud dette blir spennende .
LATTER
Moderator: Opplev dere alle dette med masse suggesjon?
Informant 4: Ja det er ungdommen det vet du
Informant 6: Det er opp og ned. Jeg rigger meg opp på et klasse rom og de (elevene) sitter og holder på med det de vanligvis gjør og jeg merker lite hysteri og så godt som aldri noen verdens ting men jeg er veldig avhengig av lærerne så noen gangen kan jeg vaksinere en klasse på 3 kvarter på selve vaksineringsen. Men noen ganger kan det gå mye lengre tid, noen begynner å lage litt spriduljer rundt seg.

Etter transkribering ble tekstmaterialet klargjort for ytterligere analyse. Overflødige ord og halve setninger ble fjernet, det samme ble digresjoner. Gjentakelser ble også fjernet der dette ikke var med på å vise usikkerhet. Forsker fjernet også utsagn som ikke var vesentlig for problemstillingen. Etter dette arbeidet reduserte forsker informantenes utsagn til meningsfortetninger. For å sikre at informantenes meninger ikke gikk tapt i videre analysearbeid ble informantenes språkdrakt benyttet. Det vil si at hver enkelt meningsutsagn i det transkriberte materialet ble kortet ned ved hjelp av informantenes eget språk, se tabell 5 side 37. Meningsfortetningen medførte en forkortelse av intervjupersonenes uttalers ved at lange setninger ble kortet ned til mer konsise formuleringer (Kvale, 2006). Etter å ha bearbeidet den transkriberte teksten til meningsfortetning ble neste trinn i analysefasen begynt.

Her ble meningene kategorisert i ulike meningskategorier. Kategoriseringen førte til ytterligere reduksjon av tekst samtidig som meningen ble strukturert til ulike grupper. Gruppene var delvis gitt i form av spørsmålene i intervjuguiden men ytterligere grupper oppstod av det bearbeidede materialet. Ut fra meningskategoriene ble ulike undergrupper definert. I denne fasen ble ulike temaer eller grupper som var dominerende i teksten kategorisert videre til underkategorier. På en enkel og klar måte endte den transkriberte teksten opp i ulike underkategorier som senere ble til hovedkategorier. Forskeren forsøkte her å definere intervjuenes svar på problemstillingen på en klar og enkel måte.

I hele analysefasen ble det stilt spørsmål til teksten ut i fra studiens problemstilling. I starten av analysefasen var forsker åpen mot materialet som ble bearbeidet for å ikke stenge av for mulige funn. Forsker strebet etter å legge egen forforståelse til side for å være åpen mot materialet. En utfordring var det å ikke la seg irritere over utsagn som feil kunnskap om HPV-vaksinen og diagnosen livmorhalskreft, og mot holdninger som var veldig negative i sin natur. Slike situasjoner krevde at forsker konsentrerte seg om materialet og prøvde å glemme egne holdninger. Dette krevde tålmodighet og forsker prøvde i stedet å bli nysgjerrig på det materialet som var presentert.

Tålmodighet krevdes også i metodefases ulike trinn da det stadig var behov for å se over materialet flere ganger. Ulike kategorier måtte kategoriseres på nytt og materialet krevde ny gjennomgang med et åpent sinn. Det transkriberte materialet ble flere ganger hentet frem for å sette fokus på hva det var som egentlig ble sagt for å være ”trofast” mot det innsamlede materialet. Tabell 5 forsøker vise hvordan analyse prosessen pågikk.

Tabell 5

Fra meningsfortetning til hovedkategorier

MENINGSFORTETNING (informantenes språkdrakt er ivaretatt)	MENINGSENHETER/ KATEGORIER	UNDERKATEGORIER	HOVED- KATEGORIER
1) Vi diskuterte det, og det er opp til hver enkelt. Sagt ja til den ene, derfor sagt ja til resten. Dette tar mye tid derfor NEI.	1) Tidkrevende å sette vaksinene, derfor hadde jeg sagt nei til å sette den utenom vaksinasjonsprogrammet.	1) Vaksinasjon av barn og informasjon til foreldre er tidkrevende.	1) Ressurser
2) Jeg måtte sette meg inn i det da sprøyten var som en ingeniøroppgave. En konsulent forklarte meg sprøyten. Det er tidkrevende da barna skal observeres i 20 min etterpå. 3) Du sa sprøyte er det ikke en vanlig sprøyte? (manglende kunnskap uvitenheten om sprøyten kommer til uttrykk)	2) Sprøyten var som en ingeniøroppgave og en konsulent viste meg hvordan jeg skulle gjøre det. Tidkrevende 3) Uvitenhet om denne type sprøyte	2-3) Vaksinesprøyten er vanskelig og helsesøstre har manglende kunnskap om den	2) Kompetanse

Fra denne tabellen ble ressurser og kompetanse to hovedkategorier som vil bli presentert i kapitlet om funn.

MENINGOKOKKVAKSINEFORSØKET OG IDÉDUGNADEN TIL FOLKEHELSEINSTITUTTET

Både rapporten fra meningokokk B vaksineforsøket og referatet fra idédugnaden til Folkehelseinstituttet ble analysert i henhold til Malterud (2003). Analysemetoden startet med at teksten ble lest for å skaffe en hovedoversikt og for å gi et helhetsinntrykk av materialet. Ved meningokokk B vaksineforsøket var målet med analysen og ta lærdom av tidligere vaksineforsøket for å skaffe en bakgrunnsforståelse for utfordringer en møter ved vaksineinnføringer generelt. Referatet fra Folkehelseinstituttet sin idédugnad med helseøstre ble analysert for å skaffe en forforståelse av temaer som helsesøstrene var opptatt av i forkant av HPV-vaksineinnføringen.

En analytisk reduksjon starter med at materialet ble lest for å sikre svar på studiens hensikt og problemstilling. Ved analyse av rapporten om meningokokkvaksineforsøket ble ungdomskoleforsøket vektlagt. Grunnen til dette er at ungdomskoleforsøket representerer den største likheten med HPV-vaksineinnføringen hva gjelder de vaksinertes alder samt helsesøstrenes rolle. Kapitler som omhandler vaksineforsøkets andre faser ble på grunn av dette lagt til side.

Analyse innebærer abstraksjon og generalisering (Malterud, 2003) der en kan løfte fram fenomener for å vinne kunnskap som kan gjelde i en større sammenheng. I kvalitative studier krever helhetstenkningen at forsker er lojal mot materialet som skal analyseres samtidig som den analytiske reduksjonen av materialet opprettholder nærhet til den opprinnelige kunnskapen. Dette gjorde det nødvendig at forsker måtte lese materialet nøye flere ganger med sikte på å finne de ulike versjonen av svar som materialet kunne gi. I denne fasen skulle forsker forsøke å legge egen forforståelse og den teoretiske referanserammen til side (Malterud, 2003). Dette for at forskeren skulle kunne stille seg åpen for de inntrykkene som materialet formidlet.

Etter å ha lest materialet som skulle analyseres ble det på et overordnet nivå organisert ulike temaer som gikk igjen og som var relevante for studiens hensikt og

problemstilling. I neste trinn i analysen ble materialet som forsker ønsket å studere videre organiserte ved å skille relevant tekst fra irrelevant tekst. Forsker valgte så ut temaer som sa noe om selve problemstillingen ved at temaene fra forrige trinn representerte foreløpige ideer om ulike sider av problemstillingen. Samtidig begynte forsker å merke de meningsbærende enheter i teksten systematisk noe som også kalles for koding (Malterud, 2003). Koderarbeidet siktet på å fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enhetene fra teksten som hadde sammenheng til temaet forsker merket seg i første analysefase. Meningsbærende enheter ble tatt ut av rapportens og referatets sammenheng og plassert under ulike koder. Materialet som ikke hadde blitt identifisert som meningsbærende enhet, ble nå lagt til side.

I metodefases neste trinn ble de meningsbærende enhetene plassert i ulike grupper. Materialet fra både referatet og rapporten var nå redusert. Forsker valgte å jobbe videre med disse gruppene og leste nok en gang over tekstmaterialet for å forsikre seg om at ingen temaer var oversett. Gruppene ble så omsatt til en mer generell form. Dette var enklere å gjennomføre for rapporten om meningokokkvaksineforsøket enn for referatet fra idédugnaden. Grunnen til dette var at rapporten i utgangspunktet var skrevet mer generell enn referatet fra idédugnaden som var mer personlig.

I siste fase av tekstanalysen ble innholdet overført til beskrivelse. De ulike gruppene representerte interessante funn som fikk legge grunnlag for ny innsikt og kunnskap om temaet vaksinasjon. Hver gruppe fikk en egen innholdsbeskrivelse der materialet fortalte om valgte sider av studiens problemstilling.

Funnene fra analysen av de to tekstmaterialene ble benyttet for å lage enkelte av spørsmålene i intervjuguiden. Funnene ble også benyttet som bakgrunnsforståelse for temaet HPV og vaksineinnføringer samtidig som det dannet grunnlag for forslag til kurspakke til helseøstre.

4.9 Forskningsetiske hensyn

Forskningsetiske hensyn gjorde det nødvendig å innhente samtykke fra lederne og deltakerne i fokusgruppene. Dette gjaldt også for avdelingsleder ved Folkehelseinstituttet og deltakerne på idédugnaden som Folkehelseinstituttet hadde med helsesøstere våren 2008 (se vedlegg 4 og 6).

Fokusgruppedeltakerne ble informert om prosessen under fokusgruppeintervjuet der prosjektansvarlig forsker ville stille aktuelle spørsmålene. De ble også informert om at en ansatt fra Folkehelseinstituttet vil delta som observatør /assisterende moderator under intervjuene. Fokusgruppedeltakerne ble informert om at intervjuet ville bli tatt opp på digital opptaker. Det ble informert om at all data fra fokusgruppeintervjuet ville bli anonymisert og at eventuelle funn ville bli presentert på en måte som sikrer at bare deltakerne av gruppa vil kunne gjenkjenne utsagnene.

For å sikre at funn fra masteroppgaven kan gjøres presenterbart på internasjonale/nasjonale konferanser og eventuelt publisert i internasjonale tidsskrift ble deltakerne informert om dette.

Materiale fra transkribert materiale og lydopptakene ble oppbevart på forskers hjemsted utilgjengelig for uvedkommende.

4.10 Studiens kvalitetsvurdering

Gyldigheten eller troverdigheten i en studie innebærer hvorvidt en kan stole på de funnene som studien presenterer. Polit & Beck (2004) angir 4 hovedkriterier og 6 underkriterier som må være oppfylt for å sikre en kvalitativ studies gyldighet. De fire hovedkategoriene er oversatt til troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet og rettskaffenhet. Underkategoriene er oversatt til klarhet/likefremhet, overførbarhet, kreativitet, grundighet, overensstemmelse og sensitivitet. Det interessante i studien er å se om funnene fra meningokokkvaksineforsøket kan overføres til liknende

situasjoner og få gyldighet. HPV-vaksineinnføringen representerer en liknende situasjon. Samtidig vil kvalitetsvurderingen av studien være om funnene fra idédugnaden til Folkehelseinstituttet og fokusgruppeintervjuene baserer seg på de overfor nevnte kriteriene.

Studiens gyldighet må overveies med tanke på om funnene er overførbar utover den sammenheng der studien er gjennomført. I følge Malterud (2003) er det første spørsmålet en må stille for å sikre studiens kvalitet, hva funnene er sanne om. Relevans er vesentlig og om studien svarer på de spørsmålene som oppgaven stiller. Hvorvidt studien har beveget seg i riktig retning i forhold til forskningsspørsmålene vil også være viktig å svare på for å se om studien har gyldighet. Malterud (2003) tar utgangspunkt i studiens overførbarhet der kontekst er et viktig nøkkelord. Repeterbarhet av studien, der det å oppnå like resultater ved gjentakelser av studiens materialer, kan også være en måte å vurdere studiens pålitelighet på.

Vitenskapelig kunnskap kjennetegnes ved at forsker viser erkjennelse om studiens begrensinger og svakheter og ikke bare forsvarer egne funn og egen fremgangsmåte. Studiens funn er ikke å anse som den eneste sannheten men viser i stedet rekkevidden av funnenes gyldighet og kan dermed gi en begrunnet forklaring av hva de sier noe om (Malterud, 2003).

4.10.1 Gyldighet

Troverdigheten i studien er ivaretatt ved at blant annet tre datakilder er analysert. Datamaterialet i studien har derfor ulik kvalitet. Dette har bidratt til å kunne besvare de problemstillingene som studien reiser ved hjelp av ulike kilder, noe som styrker funnene i studien (Kvale, 2006).

Troverdigheten til studien er også forsøkt ivaretatt ved at forsker har kjennskap til fagfeltet ved å være ansatt som rådgiver i Helsedirektoratet med sakebehandleransvar for blant annet HPV, livmorhalskreft og livmorhalsscreening. Forsker var prosjektleder for en rapport utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet (2008) i forkant

av Rådsmøtet den 26.3.08 der innføring av HPV-vaksinen idet nasjonale vaksinasjonsprogrammet ble fremmet (Nasjonale Råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, 2008). Rapporten var en del av beslutningsgrunnlaget som Rådet brukte før de anbefalte innføring av tilbud om HPV-vaksinering i barnevaksinasjonsprogrammet, for gruppen jenter 12 år som en del av et helhetlig program for å motvirke livmorhalskreft. Dette har ført til at forsker har en bred bakgrunnsforståelse for temaet noe som har sikret dybdekunnskap. En fare når en kjenner forskningsfeltet er at intervjuer styrer intervjuet dit forsker mener er viktig og på den måten ikke får frem det som er viktig for intervjuobjektet (Kvale, 2006). På samme måte kan en reise spørsmål om forskers tanker om vaksine har påvirket analyseprosessen i ønsket retning. De viktigste grepene som er gjort for å fremme studiens troverdighet i så henseende er at forsker har prøvd å legge eget syn på HPV-vaksine til side. Egne synspunkter har blitt tatt frem og satt i parentes slik at materialet har blitt møtt med så nøytrale øyne som mulig. Forsker tok før fokusgruppeintervjuene et skritt tilbake og satt faget mellom de som skulle intervjues og seg selv. Under de to siste fokusgruppeintervjuene ble helsesøstre også fremlagt funnene fra de første fokusgruppene. Det at de samme fokusgruppene møttes 2 ganger har sikret at funnene har blitt gjenstand for revidering og oppklaring fra fokusgruppedeltakerne. Dette for å sikre at fokusgruppedeltakerne kjente igjen funnene noe som igjen sikrer studiens troverdighet. På slutten av alle fokusgruppeintervjuene ble en oppsummering av de viktigste funnene presentert for umiddelbar korrigering og oppklaring hvis nødvendig.

Studiens analyseprosess er tydeliggjort slik at bedømmelse av studien kvalitet kan vurderes av leserne. Funnene fra fokusgruppeintervjuene ble diskutert med assisterende moderator underveis i analyseprosessen for å styrke troverdigheten av funnene.

Transkriberingen og det analyserte materialet har hele veien blitt stilt de samme spørsmålene der forsker har vært klar over egne holdninger men bevist prøvd å legge disse til side. Det har blitt stilt kritiske spørsmål i alle faser av prosessen og forsker har hele veien vært bevisst egen innflytelse på materialet.

5. FUNN

Når det gjelder presentasjon av funn er det valgt å gjøre dette i omvendt rekkefølge. Funnene fra meningokokkvaksineforsøket og Folkehelseinstituttet sin idédugnad med helsesøstere vil bli presenter først da dette danner grunnlag for intervjuguiden samt kursforslaget som blir presentert for helsesøstrene under fokusgruppeintervjuene. Deretter vil hovedfunnene - fokusgruppeintervjuene bli presentert som gruppe 1 og gruppe 2.

Fokusgruppeintervjuene representerer hoveddelen av studiens funn og vil stå sentralt i kapitlet. Fokusgruppeintervjuene forsøkes fremstilt slik at uenighet og diskusjonen i gruppene vises. Alle sitatene som er inkludert er omskrevet til bokmål og kodet til ulike bokstaver for å vise mangfoldet i uttalelsene. Sitater fra fokusgruppeintervjuene vil fremkomme i kursiv. For å få en bedre oversikt over fokusgruppeintervjuene presenteres de hver for seg som gruppe 1 og gruppe 2.

I siste del av alle fire fokusgruppeintervjuene ble forslag til kurspakke til helsesøstrene fremlagt og diskutert. For å unngå gjentakelse og for å gi en helhetlig fremstilling av resultatene fra den foreslåtte kurspakken blir funnene herfra fremstilles samlet i slutten av kapitlet.

5.1 Meningokokk B vaksineforsøket.

5.1.1 Ungdomskoleforsøket

Utvalget som var nedsatt av HOD for å gjennomgå meningokokkvaksineforsøket leverte sin samstemte rapport i 2007.

INFORMASJON

Utvalget (2007) konkluderte med at den frustrasjonen som forsøkspersonene kom med i ettertid av meningokokkvaksineforsøket fremstod som berettiget. De ga Staten skarp kritikk for blant annet manglende informasjon rundt sikkerhetsaspektet og stilte

spørsmålstegn til om Folkehelseinstituttets ønske om stor oppslutning til vaksineforsøket førte til at informasjon ble feilaktig og subtilt fremført til mottakerne. Utvalget fremhevet dette som et mulig dilemma for de som gjennomførte vaksinasjonsprogrammet da de ønsker høy deltakelse og dermed ikke ønsket å skremme ungdommene fra å delta med informasjon om usikkerhet rundt risiko og usikkerhet ved at vaksinens sikkerhet ikke var fullstendig kartlagt. (Aasland et al, 2007).

Informasjon ut fra prosjektledelsen til kommunehelsetjenesten ble nedprioritert. Mange helsesøstere forstod ikke hva de var med på. I utvalgets rapport (2007) står det at flere av helsesøstrene trodde meningokokkvaksineforsøket var et vaksinetilbud på lik linje med andre vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet. Utvalget kunne vise til at flere elever fra ungdomskoleforsøket fikk aktuelle vaksine uten at de hadde levert det nødvendige samtykke. Utvalget konkluderer med at dette skyldes mangelfull informasjon ut fra Folkehelseinstituttet til de som satte vaksinene. På samme tid var arbeidsbelastningen som ble pålagt skolehelsetjenesten for stor i forhold til de ressursene skolehelsetjenesten rådde over (Aasland et al, 2007).

Mens helsesøstrene fikk tildelt jobben med å vaksinere ungdommene ble ungdomsskolelærerne tildelt jobben med å informere skoleelevene om vaksineforsøket. Helsesøstrene var frustrert over dette. Flere kommuner rettet henvendelser til Folkehelseinstituttet om at det var uklokt å dele informasjonsbiten opp mellom de to faggruppene og at de mente at informasjonen ut til målgruppen ble mangelfullt fremstilt. Helsesøstrene var usikre på om de skulle overta informasjonsansvaret. De fant det vanskelig å koordinere det at lærerne skulle informere mens helsesøstrene skulle vaksinere. Helsesøstrene var videre usikre på om de kunne stole på at skolene tok ansvar for informasjonen samtidig som de ikke hadde kontroll på hva som var blitt sagt og ingen formening om målgruppen hadde forstått at de var med i et vaksineforsøk (Aasland et al, 2007).

RESSURSER

Helsesøstere var frustrerte over at de ble pålagt jobben med å vaksinere ungdommen. Flere kommuner og bydelsforvaltninger skrev brev til Folkehelseinstituttet om at

myndighetene viste manglende forståelse for kommunehelsetjenesten og hvordan den fungerte. Helsesøstrene hevdet at de ikke hadde kapasitet og ressurser til å gjennomføre de pålagt arbeidsoppgavene som vaksinasjonen representerte (Aasland et al, 2007).

Utvalget (2007) konkluderte med at Folkehelseinstituttet ikke på forhånd forstod arbeidsoppgavene til helsesøstrene. Oppgavene viste seg å være vesentlig større enn både Folkehelseinstituttet hadde forutsett, og helsesøstrene hadde fått beskjed om. Andre oppgaver måtte nedprioriteres. Nødvendige ressurser ble ikke tilført og dermed ble viktige oppgaver som for eksempel eldre og førskolebarn forsømt.

Økonomisk ble vaksineforsøket en belastning for kommunehelsetjenesten og i 1989 ble det bedt om ekstraordinære statlig dekning så lenge vaksineutprøvingen pågikk. Dette ble ikke imøtekommet. Det at vaksinearbeidet gikk utover andre oppgaver førte til at kommunehelsetjenesten strevde i etterkant med å innhente det forsømte. Enkelte kommuner kunne rapportere at det forsømte arbeidet ikke lot seg gjennomføre i ettertid.

Utvalget konkluderte i sin rapport med at helsesøstrene viste et generelt stort engasjement med å vaksinere ungdommen, og de fikk mye av æren for at vaksineforsøket fikk stor oppslutning (Aasland et al, 2007).

5.2 Folkehelseinstituttets idédugnad med helsesøstere

Folkehelseinstituttet hadde en idédugnad med 5 helsesøstere fra ulike distrikter i Norge sammen med 8 ansatte fra Folkehelseinstituttet i mai 2008. På idédugnaden ble ulike temaer rundt HPV-vaksine diskutert. Oppsummeringen av dugnaden består av 3 A4 sider og gir en tydelig prioritering på hva gruppen kom frem til som viktig å ta hensyn til før og når HPV-vaksinen innføres.

TVIL/SKEPSIS

Flere av helsesøstrene uttrykket tvil og skepsis til HPV-vaksinen. Grunner til tvil og manglende overbevisning om HPV-vaksinen gikk på forhold som at vaksinen var prøvd ut på for liten populasjon på for kort tid før den anbefales innført til 12 års gamle jenter i Norge. Andre faktorer til skepsis mot HPV-vaksinen var usikkerheten for hvor lenge vaksinen har effekt og usikkerhet rundt behovet for revaksinering.

SEKSUALITET

Det at vaksinen skal gies til jenter 12 år ble av enkelte helsesøstere i idédugnaden sett på som en utfordring. Grunner til dette ble forklart med at HPV-vaksinen reiser et seksuelt tema i og med at HPV overføres seksuelt samtidig som vaksinen skal gies til seksuelt naive jenter. Helsesøstrene formidlet at målgruppen og deres foreldre må informeres om dette. En helsesøster var usikre på om HPV-vaksinering og informasjon om HPV-vaksinen, kunne føre til at seksuell debutalderen hos jenter ville synke.

BEHOVET FOR INFORMASJON

Helsesøstrene nevnte ved flere anledninger behovet for kortfattet og god informasjon til helsesøstere, jentene og foreldre. Flere viste til den informasjonen som lå ute på Folkehelseinstituttets hjemmeside som god og informativ. Helsesøstrene ønsket at den informasjonen som skulle gies til foreldre og jenter 12 år måtte være enda mer kortfattet, og ikke så fagterminologisk.

I informasjonen til helsepersonell var helsesøstrene på idédugnaden opptatt av at det ble utarbeidet informasjonsmaterialet i form av ”spørsmål og svar”. De vektla at det måtte stå svar også på tenkte spørsmål sett fra en 12 år gammel jente sitt ståsted. Tilsynelatende sannheter ble oppfordret plukket fra hverandre slik at helsesøstrene kunne være forberet til å møte publikums behov for informasjon. Videre ble de understreket at lange rapporter var det flere som ikke leste og at det var bedre med kortfattede informasjonsbrosjyrer for å forberede helsesøstrene i forkant av HPV-vaksineinnføringen. Alle helsesøstrene var enige i at de manglet kunnskap om HPV-vaksinen.

Foruten disse temaene diskuterte helsesøstrene at det var viktig at helsesøstrene selv er overbeviste og lojale mot myndighetenes avgjørelse mot vaksineinnføringen. De var redde for at egne holdninger vil kunne overføres til målgruppen og påvirke oppslutningen til vaksinasjonsprogrammet. Flere av helsesøstrene var opptatt av å gjøre vaksinen likest mulig andre vaksine innføringer. På denne måten vil den ikke oppleves som annerledes noe som enkelte trodde kunne føre til mer positiv vaksine tenkning.

En av helsesøstrene trodde at skepsisen ute i befolkningen kunne være stor grunnet diskusjonene som kom i etterkant av meningokokkvaksineforsøket, og all media oppmerksomhet som var og er rettet mot uenigheten ved HPV-vaksineinnføringen. Likevel syntes hun personlig at HPV-vaksinen var en spennende og viktig vaksine der utfordringene kom til å være å svare på spørsmål fra publikum. En annen av helsesøstrene i idédugnaden mente at helsesøstrene måtte forberede seg på å få mange spørsmål også fra de som ikke blir omfattet av vaksinasjonsprogrammet.

En av helsesøstrene var opptatt av at skolehelsetjenesten måtte tilføres tilstrekkelig ressurser enten nye eller omprioriteringer slik at de kunne utføre arbeidsoppgavene som følger med HPV-vaksinasjon.

5.3 Fokusgruppe 1

I fokusgruppe 1 deltok 8 helsesøstere til førstegangsintervju, og 6 av de samme helsesøstrene møttes til andre gangs intervju. Hovedfunnene fra fokusgruppe 1 er vist i tabell 6.

Tabell 6

Hovedfunnene som ble generert av fokusgruppe 1 ved første og andre gangs intervju:

Skepsis
Kompetanse
Ressurser
Aksept
Ukjent vaksine

5.3.1 Skepsis

HELSESØSTERE

Alle helsesøstrene i det første fokusgruppeintervjuet ga uttrykk for skepsis overfor HPV-vaksinen. Skepsisen uttrykte de spontant og direkte i starten av fokusgruppeintervjuet. Det kom frem at vaksineskepsisen kom til å påvirke deres fremtidige arbeid med vaksinen ved at de blant annet ikke ville være gode ambassadører for den. Et par av helsesøstrene sa at de ikke ville markedsføre vaksinen, og de ville ha problemer med å overtale andre til å ta en vaksine de selv ikke ville ha gitt til sine døtre.

”Men datteren min hadde ikke fått vaksinen. For å si det sånn, det hadde hun ikke fått. Det er mot min overbevisning da jeg ikke vet hvordan den virker og hva den utgjør.” (A)

En annen sa:

”Du vil jo ikke markedsføre vaksinen sånn med glød som du gjør med andre vaksiner” (B)

Flere eksempler på skepsis mot vaksinen ble uttrykket:

”Jeg er også skeptisk og holder meg unna diskusjoner da jeg er ingen god ambassadør selv, og da jeg vet at den skal inn i barnevaksinasjonsprogrammet holder jeg med unna.” (C)

Grunnene til at helsesøstrene var skeptiske til HPV-vaksinen ble diskutert. Den oftest nevnte grunnen til skepsisen lå i all den usikkerheten helsesøsteren så i HPV-vaksinen. De nevnte grunner som at vaksinen er ny og at man ikke har sikker kunnskap om vaksinens effekt og bivirkninger på lang sikt. Videre, usikkerheten knyttet til vaksinens varighet, og om ungdommen ville komme til å trenge en påfyllningsdose, også kalt boosterdose, et vist antall år etter hovedvaksinering. På grunn av usikkerheten ved vaksinens varighet var helsesøstrene opptatt av om de vaksinerte jentene ville være beskyttet mot HPV-smitte når de en gang kommer til å bli seksuelt aktive. De stilte mange spørsmål til hverandre om dette og noen ristet litt på hodet.

”Jeg synes det er merkelig at en velger å vaksinere 12 års gammel jenter mot et seksuelt overførbart virus flere år før de blir seksuelt aktiv, spesielt når en er usikker på hvor lenge vaksinen har effekt, og da når de blir seksuelt aktive da er de liksom ikke beskyttet lenger. Hvor logisk er egentlig det?” (C)

Utsagnet ble møtt med nikkende bifall fra flere av informantene og de brukte lang tid på å diskutere det meningsløse i dette.

Langtidsbivirkninger var et tilbakevendende tema i fokusgruppeintervjuet. Flere av deltakerne uttrykte frykt for at de ved vaksinering kunne påføre jentene skader. En sa at hun fant det direkte skummelt å vaksinere unge jenter med HPV-vaksinen. Andre spurte spørsmål om hvorfor vaksineringen skulle introduseres i barnevaksinasjonsprogrammet før helsemyndighetene er 100 % sikre.

”Jeg er litt skeptisk, jeg satt og leste litt i papirene mine om HPV - og jeg satt og tenkte - hvorfor akkurat denne sykdommen? Det er jo årlig rundt 300 kvinner under 35 år som blir smittet, og jeg vet ikke hvor, både i forhold til mange andre sykdommer som finnes der det er større dødelighet hos både kvinner og menn. Så sitter jeg og tenker, og vi har ikke hatt vaksinen i Norge så lenge, og vi har ingen referansegruppe, også har vi langtidsvirkninger og om det bare er 5 år virkning i kroppen, og om man trenger boosterdose etter 5 år, også masse sånne spørsmål og sånn, og hvorfor er vi så flinke å sette i gang før vi er 100 % sikre på at det er riktig? Skal vi bare følge etter andre land som har iverksatt eller tatt i bruk samme vaksine? Det er det jeg sitter og

tenker på. Det er ikke bare å betale 1200 pr enkelt vaksine så det er 3600 for tre doser, og det er bare vaksinen.” (D)

Det ble også gitt eksempler på helsesøstrenes engstelse for å påføre jentene skade:

”De andre vaksinene er jo sikrere enn denne vaksinen. Usikker effekt, usikkert - og det er det som gjør meg veldig urolig, rett og slett. Ja, jeg mener det. Tenk om vi påfører de noe mer enn det vi skal, rett og slett en negativ virkning”. (A)

Utsagnene over tyder på at helsesøstre har mange spørsmål om HPV-vaksinen og at de ikke finner vaksinen sikker. De kvier seg for den kommende arbeidsoppgaven med å vaksinere jentene. I diskusjonene blant fokusgruppedeltakerne kom det frem andre grunner til skepsis mot vaksinen som de ikke gikk i dybden av å diskutere.

Grunner som at økonomien styrer mer enn ønsket om å ivareta jentenes helse, hvorfor vaksinen ble utviklet mot akkurat denne sykdommen, det urettferdige med at jentene blir smittet av guttene som på sin side slipper unna både vaksinerings, samt det vanskelige med å ta et valg om de vil ha vaksinen. At vaksinen er en luksusvaksine laget for rike industriland ble også nevnt. En av fokusgruppedeltakerne nevnte at usikkerheten som eksisterer i fagmiljøene og den negative vinklingen media har hatt på HPV-vaksinen var grunnen til at hun var skeptisk.

Samlet sett begrunnet helsesøstre sin skeptiske med usikkerheten som HPV-vaksinen representerer. De så ikke det logiske i å innføre vaksinen, samtidig som de var redde for å påføre jentene skade ved å vaksinere dem. Usikkerhet ved vaksinen effekt, varighet og sikkerhet gjorde at de var skeptiske til om det er riktig å innføre denne vaksinen nå. Utsagnene og diskusjonene i fokusgruppa tydet også på at helsesøstre hadde manglende kunnskap om vaksinen.

Før fokusgruppe 1 ble samlet til det andre fokusgruppeintervjuet ble foreløpige hovedkategorier av funn fra første fokusgruppeintervju sendt de samme informantene for korreksjon og kommentarer. Da gruppe 1 ble samlet til det andre fokusgruppeintervjuet var helsesøstre fortsatt skeptiske til HPV-vaksinen, om enn med noe mindre styrke. En sa hun var gått over til å bli mindre skeptisk:

”Jeg føler nok at jeg begynner å bli mindre skeptisk, jo mer jeg har lest også om vaksinen, og i alle fall sånn for kvinneperspektivet så er det helt flott og enda bedre hvis vi får livslang immunitet.” (D)

En annen sa at hun synes at dette med HPV-vaksine til 12 års gamle jenter var et vanskelig tema og tilføyde:

”Bestendig er det jenter som må beskytte seg - det er noe etisk ved dette som jeg ikke liker.” (E)

I starten av fokusgruppeintervjuet ønsket en helsesøster å understreke at hun var skeptisk til vaksinen på grunn av usikkerheten rundt den og at ressurser ikke var grunn til hennes skepsis.

”Når det gjelder HPV-vaksinen så er jeg skeptisk til innføringen av den, og det med ressurser tenker jeg kommer i annen rekke. Det har jeg ikke tenkt så mye på, før jeg leste de tilsendte funnene. Det er skepsisen som kommer først. (C)

Denne helsesøsteren ønsket å understreke at hennes skepsis ikke hang sammen med ressurser som ble introdusert som et mulig funn fra første fokusgruppeintervju. Dette kjente hun seg ikke igjen i. Hun var skeptikere til HPV-vaksinen og det var viktig for henne og formidle at dette ikke var begrunnet med ressurser. Andre i fokusgruppeintervjuet var ikke enig med henne i dette da de kjente seg igjen i at skepsisen hang sammen med ressurser.

”Jeg har også snakket med de andre helsesøstre som er stasjonert på skoler da, noen av de var veldig skeptiske til hvordan i all verden vi skal få tid. En del går også på selve vaksinen og på at jentene er 12 år, sammen med skepsis ved vaksinen. Vet man at den virkelig hjelper.” (F)

Fokusgruppedeltakerne ønsket å redegjøre for sin skepsis og hos de fleste ble den begrunnet med både ressurser og usikkerhet ved vaksinene. En av deltakerne var opptatt av dette med tidspunkt for vaksinerings.

”..mange som jeg har snakket med er skeptiske til tidspunktet når en starter. Det at de starter så tidlig som 12 år det er liksom, ja jeg er generell skepsis men spesielt tidspunktet, det er alt for tidlig. ” (G)

Forsker oppfordret helsesøsteren til å si mer om hvorfor hun mente dette.

Informanten forklarte at hun syntes jentene var for unge til å få informasjon om det

seksuelle ved HPV, men også at jenter 12 år var en feil oppstartealder med tanke på at gjennomsnittlig seksuell debutalder er 16 år. Flere helsesøstre var enige i at jenter på 12 år var for unge til å få vaksinen. De mente også at jentene var for unge til å kombinere HPV-vaksinasjon med seksualundervisning. De forklarte dette med at jenter 12 år kan være sårbare på det seksuelle området. Flere helsesøstre hadde opplevd at så unge jenter hadde reagert negativt på seksualundervisning tidligere.

Helsesøstre var enige i at vaksinen usikre varighet sammen med vaksinasjonsalder var de to viktige grunnene, ikke bare til deres skepsis, men til de fleste helsesøstres skepsis.

Usikkerheten vedrørende bivirkninger på kort og lang sikt samt om vi får vaksinert mange nok til at vaksinen har samfunnsmessig effekt var grunner som kom opp når helsesøstrenes denne gangen diskuterte sine holdninger til HPV-vaksinen.

Helsesøstre kunne fortelle at de hadde merket en generell økende vaksineskepsis blant foreldre og publikum, spesielt merker de dette etter negative mediaoppslag om vaksiner. Helsesøstre trodde at det var avgjørende for å få høy vaksine deltakelse å få ned fokuset på HPV-vaksinen usikkerhet. Fokuset må over på det vi er sikre på og få frem budskapet på en trygg og sikker måte. Det vi er sikre på vedrørende varighet, effekt og sikkerhet må fremkomme tidlig i budskapet til jentene og foreldre mente de.

Felles for alle helsesøstre var at de alle ønsket å få bukt med livmorhalskreft men de var usikre på om HPV-vaksinen var rett virkemiddel.

FORELDRE

Holdninger til HPV-vaksinen blant foreldre ble diskutert på begge fokusgruppeintervjuene med fokusgruppe 1. Helsesøstre hadde før fokusgruppeintervjuet fått få henvendelser fra jenter og foreldre om HPV-vaksinen. Samtidig fortalte flere av informantene at de ikke ønsket å diskutere HPV-vaksinen med foreldre.

”Jeg har vært med på noen samtaler omkring vaksinen, men jeg holder meg litt unna da jeg er kjempeskeptisk selv jeg.” (C)

Helsesøstrene trodde at det kom til å komme mange henvendelser til de når det nærmet seg vaksinering. Helsesøstrene antok også at de kom til å få mange henvendelser vedrørende om vaksinen kan gis til eldre barn, eventuelt eldre søstere til jenter på 12 år. De diskuterte mye at det seksuelle aspektet ved vaksinen spesielt kom til å være aktuelt hos eldre jenter som ikke lenger var seksuelt naive, med spørsmål om de kan og bør vaksineres.

Foreldrenes reaksjoner så helsesøstrene på som en utfordring da de forventer at foreldre kom til å være skeptiske. Helsesøstrene nevnte flere grunner til antatt skepsis hos foreldre, som at vaksinen er ny og at den bare skal tilbys jenter. Videre så de det seksuelle aspektet som en grunn til antatt skepsis da temaet i seg selv ofte er tabubelagt og for mange vanskelig å snakke om spesielt når det handler om 12 åringer. Videre trodde helsesøstere at foreldre venter på hva nasjonale helsemyndighet mente om vaksinen og at de fester sin lit til disse anbefalingene.

En av fokusgruppedeltakerne mente at foreldre generelt sett var veldig lite opptatt av vaksiner og at de fleste ikke visste hva livmorhalskreft og HPV er. En annen trodde at barn av foreldre som selv har hatt livmorhalskreft i større grad kom til å være positive til HPV-vaksinen. Disse foreldrene, trodde hun, ville forstå hva HPV-smitte, celleforandringer og livmorhalskreft kan påføre av lidelse i en kvinnes liv, og på bakgrunn av det velge å vaksinere sine barn. Helsesøsteren viste til at hun trodde erfaringer med sykdommen ville føre til en større aksept av HPV-vaksinen.

Helsesøstrene mente det måtte være vanskelig for foreldre å ta et valg i forhold til samtykke på vegne av egne barn. Videre trodde de at foreldre og målgruppen i større grad enn ved andre vaksiner kom til å si nei til HPV-vaksinen grunnet den faglige uenigheten og usikkerheten ved vaksinen. Helsesøstrene trodde at den høye vaksineprisen kom til å gjøre at foreldre ikke kom til å kjøpe HPV-vaksinen til jenter eldre enn 12 år som ikke blir tilbudt vaksinen gratis.

MÅLGRUPPEN – JENTER 12 ÅR

Helsesøstrene hadde fått få henvendelser fra jenter i vaksinealder, men viste av erfaring at jenter i 7.ende klasse mest er opptatt av hvorvidt det å få satt en vaksine

kom til å gjøre vondt, og at de kom til å ha fokuset rettet mot selve sprøytetikket. Flere av helsesøstrene fikk mange henvendelser fra elever i forkant av vaksineringer. Under ulike vaksineringer opplever helsesøstrene ofte mye uro og engstelse i klassene.

”Mange får hysterisk anfall og flere blir svimle.” (A)

Her tydeliggjøres at helsesøstrenes vurderinger av jenter og foreldres holdinger til HPV-vaksinen ikke bare sees i lys av deres observasjoner, men også av helsesøstrenes erfaringer ved andre vaksinasjoner. Helsesøstrene snakket under fokusgruppeintervjuet i generell terminologi om de erfaringene de hadde.

5.3.2 Kompetanse

Når nye vaksiner skal introduseres i barnevaksinasjonsprogrammet søkte helsesøstrene i fokusgruppeintervjuet kunnskap først og fremst fra sine kollegaer og fra Folkehelseinstituttet.

Da informantene diskuterte hvordan de holdt seg faglig oppdatert ble det mye humring og nikkende gjenkjennelse når de fortalte at de ikke var så flinke til dette. De diskuterte seg i mellom at de ikke brukte mye tid på å holde seg faglig oppdaterte før de ble *”nødt”* til det for eksempel når nye vaksiner ble innført.

”.....(latter)..vi leser konklusjonene, vi har ikke tid til det ellers.” (B)

Utsagnet ble fulgt at alle i fokusgruppen lo. En helsesøster som hadde lest om HPV hadde følgende kommentar:

”Så hvis jeg snakker for meg sjøl så har jeg jo lest alt som står på Folkehelseinstituttet sine hjemmesider mange ganger, men jeg kan jo bare si at jeg kan jo ingenting om HPV. Altså, den informasjonen kan hvem som helst sitte og lese i. Så den gir meg ikke mer trygghet til å stå der foran 100 forskjellige, og stå og forklare hva HPV er.” (H)

Utsagnet tyder på at helsesøstrenes behov for informasjon er stort. Helsesøsteren formidler også at hun hadde behov for å føle seg trygg på egen kunnskap når hun skal informer om HPV-vaksinen på for eksempel foreldremøter. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på en måte som åpnet for diskusjon av detaljer. Flere ga uttrykk for at trygghet og eierskap til den kunnskapen de skulle formidle var viktig. Spesielt i de tilfellene der en møtte ressurssterke foreldre med mye kunnskap og mange spørsmål.

Ved spørsmål om hva de trengte av kompetanse for å føle seg trygge før HPV-vaksinen ble introdusert nevnte de at de i først omgang trengte informasjon om selve vaksinen. De ønsket å bygge opp sin bakgrunnskunnskap og få fakta om vaksinens virkningsmekanismer. For å sikre seg et balansert syn ønsket de at informasjonen de fikk utlevert kom fra både skeptikere og forkjempere. Videre ønsket de å få tilgang til de studiene som legemiddelfirmaene basere sin informasjon om sikkerhet og eventuelle bivirkninger på. De så for seg en generell kompetanseheving der alt om HPV ville være av interesse. De ønsket informasjonen detaljert og enkel, og trengte at en startet med hva HPV er. Deretter ønsket de å vite alt om vaksinen når det gjaldt sikkerhet, hvordan den virker, hvor lang effekt den har, om de vaksinerte jente likevel kan få livmorhalskreft, hvor stor sjanse det er for det ene eller det andre og hvorfor jenter 12 år. Samtidig ønsket de informasjon om usikkerheten med vaksinen.

”Jeg tok dette her i min gruppe og vi er 13 helsesøstere på min arbeidsplass og alle sa vi trenger ALT.” (D)

Helsesøstrene uttrykket flere ganger at de trengte alt av kunnskap både generell og dybde kunnskap. Alle uttrykte at de ønsket informasjonen fremsatt på en enkel og kortfattet måte. Helsesøstrene anså det som viktig at målgruppen og deres foreldre ikke ble lurt av den informasjonen de fikk utlevert. De ønsket at informasjonsmaterialet inneholdt sann informasjon selv om det ville bety informasjon om både bivirkninger og usikkerhet knyttet til vaksinen. Informasjonen ut til mottakerne måtte, slik helsesøster så det, være tilpasset de som skulle motta den. Det kunne godt være samme informasjonsmateriale til barn og foreldre men de presiserte viktigheten av at informasjonen måtte være enkel og kortfattet skrevet og på et språk

barn forstår. De fremhevet at det var viktig at informasjonen ut til publikum ble oversatt til mange språk.

Ut fra diskusjonene om kompetanse tydet utsagnene og diskusjonene i fokusgruppene på at helsesøstrene ønsker at den informasjonen de skulle utelevere var sann. De ønsker ikke å serveres usannheter eller sannheter med modifikasjoner.

5.3.3 Ressurser

Helsesøstere ga under begge fokusgruppeintervjuene uttrykk for at de hadde travle arbeidsdager med mange forskjellige og sammensatte arbeidsoppgaver. De viste til at det var ingen andre som avlaster dem, for eksempel ved sykdom. Arbeidsoppgavene ble liggende og vente noe som førte til at de gruet seg til å komme tilbake til jobb etter sykdom eller annet fravær.

Helsesøstrene var usikre på hvordan de skulle organisere hverdagen sin når HPV-vaksine innføres. Tre vaksinedoser til alle jenter i 7.ende klasse i løpet av et halvt år så de på som en stor tilleggssoppgave. De lurte på hva de skulle nedprioritere, og hvordan de skulle få gjort alle de arbeidsoppgavene de er lovpålagt å gjøre.

”Vi har en veileder i skolehelsetjenesten og jeg tror vi kan se langt etter å oppfylle kravene i veilederen. Og da må myndighetene komme inn å si hva i veilederen det er vi ikke skal prioritere. Hva er det som står der og som ikke er viktig slik at vi kan prioritere det vekk.” (D)

Helsesøstrenes frustrasjon vises i dette og lignende utsagn. Helsesøstrene sliter med oppgavene de på den ene siden er pålagt å gjøre, og knappe ressurser på den andre siden. Disse står, slik helsesøster beskriver sin hverdag, ikke i samsvar med hverandre. Helsesøstrene mente videre at dersom de ikke får tilført ressurser i form av flere helsesøstere når HPV-vaksinen innføres så vil andre viktige arbeidsoppgaver bli nedprioritert som psykisk helse og for eksempel overvektsproblematikk. Helsesøstrene fortalte at vaksinearbeid går ut over de dagene man er tilgjengelig for elevene på skolene. Dette ga noen av dem dårlig samvittighet.

”Når jeg vaksinerer sammen med andre så er jeg borte fra skolen i flere dager, og skolen blir frustrert på hvor jeg er blitt av. Det går ut over de dagene jeg skal være på skolen. Det er forskjellige skoler. Vi kan ikke telle hoder på barna. Vi har den minste skolen på 300 barn, og jeg har en skole på 400, og alle trenger hjelp. Og jeg har så dårlig samvittighet det går på meg selv, men egentlig skal det ikke gå ut over meg for jeg har fått en gitt tid. Men jeg går med dårlig samvittighet hele tiden fordi jeg ikke får gjort den jobben jeg er ansatt for å gjøre.” (E)

Selve vaksineringsen tar tid og helsesøstrenes beskrivelse av arbeidsoppgavene kan deles opp i arbeidsoppgaver i forkant, under og etter vaksineringsen.

I FORKANT AV VAKSINERINGSEN

Vaksinen er ny og det er mye å sette seg inn i for helsesøstrene. Tid til vaksineringsen skal avtales med skolene og informasjon til klassene med elever og lærer i forkant av vaksineringsen må planlegges, forberedes og gjennomføres. Samtidig må helsesøstrene sette av tid til å gi informasjon til foreldre og svare på henvendelser som kommer. Samtykkeskjemaer må innhentes og journaler må gjennomgås.

”Så i 7 klasse så vaksinerer vi selv. 2 helsesøstere trenger vi også 1 assistent fra skolen. Dersom en besvimer og blir dårlig eller noe sånt så har vi veldig lite hjelp fra skolen. Vi blir overlatt til oss selv og hvis det passer at jeg informerer i klassen, så må jeg gjennom alle helsekortene, også vaksinere etterpå og snakke med foreldrene som kommer eller ringer. Vi har erfart at når det er masse nytt så blir det mange henvendelser. Derfor går det mye tid til informasjon ved nye vaksiner.” (E)

Utsagnet viser de mange arbeidsoppgavene og det komplekse ved å vaksinere i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet.

UNDER VAKSINERINGSEN

Helsesøstrene må ha kapasitet til å håndtere de som får det helsesøstrene kaller hysterisk anfall. De må ta seg av de som blir svimle og prøve å holde roen blant de som skal vaksineres. Helsesøstere fortalte at de gjorde dette samtidig som de vaksinerte elevene. De opplevde dette som stressende.

”Forrige uke så vaksinerte vi, og vi hadde så mye ringing og ungdommen, ja de prøver alt utstyret på legekontoet. Vi sitter alene og vi har ikke tid til å følge med, men vi har mye, også den som har skoleansvaret den har mye, så mye stress og man blir så sliten etterpå”. (F)

Her tydeliggjøres helsesøstrenes travle hverdag med mange arbeidsoppgaver. I tillegg viser utsagnet helsesøsterens arbeidsforhold.

I ETTERKANT

Etter vaksinerings skal elevene observeres i minimum 20 min. Deretter skal papirarbeid som blant annet innrapportering til SYSVAK og journaloppdatering gjennomføres. Foruten dette fortalte flere helsesøstere at mange elever kom tilbake etter vaksinasjon for mer informasjon om vaksinene, med behov for mer generelle spørsmål og trygghet.

FORLAG TIL LØSNINGER

Helsesøstrene diskuterte hva de selv kan gjøre for å forenkle alle arbeidsoppgavene og hva de mente de vil komme til å trenge av tilførte ressurser for å kunne utføre HPV-vaksinasjon.

Helsesøstrene mente at selve lokalene der vaksinerings skulle gjennomføres var viktig for å få enklest mulig vaksinasjonsdager. Hvordan de som helsesøstere organiserte selve dagen da vaksinen ble gitt kunne også forenkle arbeidsoppgavene. De så det som en fordel hvis elevene kunne holde på med det de egentlig skulle i sine klasserom sammen med sine lærere. Fokuset kunne da rettes mot skolerelaterte arbeidsoppgaver. Helsesøstrene foreslo at de kunne installere seg i ledige klasserom i nærheten og kalle elevene inn til vaksinasjon fortløpende. Det at elevene kunne holde på med egne ting anså de som en hjelp for å holde et eventuelt ”hysteri” borte. Selve vaksinerings mente de på denne måten kunne gå raskere og enklere både for helsesøstre og elevene.

Venterom utenfor selve rommet der vaksinerings foregår var en fordel helsesøstre nevnte. Der hvor ledige klasserom ikke var å oppdrive mente helsesøstre at lærer/assistent kunne vent utenfor helsesøsters kontor og passe på elevene for dem.

”Altså jeg har et fint kontor med venterom ved siden av og jeg har et legekonsult med benk sånn at rommene og lokalitetene er helt greie. Det er kjempeforskjell på klassene, og det er stor forskjell på om lærerne er der eller ikke. Men det er forskjell altså, noen ganger går det greit og andre ganger så

er lærer der og sitter med dem, eller en assistent som er kjempedyktig. Nå har jeg vært på samme skole i 8 år, og læreren kommer ofte hvis hun har tid og da er det veldig greit for de hysteriske jentene kjenner henne ogmen det er ikke alltid hun er med.” (H)

Helsesøstrene ønsket seg ressurser i form av flere helsesøsterstillinger under vaksinerings. En av fokusgruppedeltakerne foreslo som tiltak mot manglende ressurser at Folkehelseinstituttet selv kunne komme og vaksinere ungdommene slik at helsesøstrene kunne konsentrere seg om alle de arbeidsoppgavene de allerede hadde.

”Jeg har et meget spesielt ønske og det er at noen fra Folkehelseinstituttet kommer og tar vaksinen for oss (humring fra andre). Jeg mener det, for at vi skal få gjort de oppgavene vi skal altså for vi har såpass mange ting som helsesøstere og jeg prioritere psykisk helse og sånne ting. Vet du det gjør jeg bare. Det er så mange unger som sliter så jeg...- at Folkehelseinstituttet kan komme å hjelpe.” . (A)

Utsagnet kan tyde på en viss oppgitthet som kan knyttes til alle oppgavene helsesøsteren er pålagt. Det å prioritere når flere oppgaver virker like viktige kan forståelig være vanskelig. Samlet sett viste helsesøstrene i fokusgruppe 1 stor vilje til å få til HPV-vaksinasjon samtidig som oppgitthet og frustrasjon kom frem i utsagnene dere.

5.3.4 Aksept

I fokusgruppeintervjuene med gruppe 1 diskuterte helsesøstrene hva de trodde måtte gjøres for å få en økt aksept av HPV-vaksinen i befolkningen. Helsesøstrene tillot sin egen rolle som gode eller dårlige ambassadører betydning for oppslutningen til vaksinasjonstilbudet. De påpekte at det var viktig at de som helsesøstere ikke skapte uro men spilte med åpne kort der de som helsesøstere måtte formidle trygghet og sikkerhet men samtidig ikke tildekket fakta om vaksinen.

Informantene anså det som viktig at helsesøstrene hadde et mindre fokus på det seksuelle og mer fokus på sykdommen vaksinen skal forhindre for å få en økt vaksine aksept. Dette da helsesøstrene trodde det ville bli vanskelig for foreldrene å snakke

med så unge jenter om det seksuelle aspektet, og at jentenes unge alder kunne gjøre at foreldre ikke ville være klare til å tenke i seksuelle baner på vegne av sine unge døtre.

”Jeg tenker at det er viktig at seksualiteten ikke vektlegges. For mange foreldre tenker at mitt barn det gjør ikke sånn det er ingen som gjør det i 12 års alder. Så mindre fokus på seksuelt mer på sykdom” (B)

Helsesøstrene anså det også som viktig for å få bra oppslutning til HPV-vaksinasjon at vaksinen virker og gjør det preparatomtalen lover. Samtidig understreket fokusgruppedeltakerne viktigheten av at bivirkninger er kjent og at den sanne informasjonen er at det ikke er rapportert alvorlige bivirkninger. Dilemmaet ble hvordan de skal formidle usikkerheten og rapporterte bivirkninger uten å skade oppslutningen til vaksineprogrammet. Dette mente helsesøstrene kom til å bli vanskelig.

Videre mente helsesøstrene at medias håndtering av HPV-vaksinen kom til å være viktig for publikums aksept av vaksinen, og at det vil være viktig å spille på lag med media. Positiv media vinkling vil være viktig for å få stor vaksineoppslutning mente de.

5.3.5 Ukjent vaksine

Helsesøstrene snakket om HPV-vaksinen som om den var noe utenom det vanlige. Grunner til dette ble diskutert

DET SEKSUELLE ASPEKTET

At HPV smittes seksuelt og er den vanligste kjønnssykdommen vi har, samtidig som HPV kan føre til kreft gjorde at helsesøstrene syntes vaksinen var spesiell og ukjent. Det at vaksinen virker mot HPV gjør en ikke helst sikkert på at den virker mot kreft var en annen grunn til at vaksinen ble sett på som spesiell av informantene.

Helsesøstrene trodde at det kom til å komme mange henvendelser fra foreldre til barn over 12 år, med spørsmål om vaksinen også kan gis til eldre barn. På denne måten regnet helsesøstrene at den seksuelle biten kom til å få fokus. Informasjon om dette

anså de som viktig og de ga beskjed om at de ønsket føringer for hvordan de skulle forholde seg til dette. De ga videre uttrykk for at hvis det blir helsesøstrene oppgave å vaksinere jenter eldre enn 12 år, så trenger de kunnskap om det. Helsesøstrene ønsket en avklaring slik at det kan praktiseres likt.

En helsesøster ga uttrykk for at hun ikke synes det var enkelt å ta opp det seksuelt tema med foreldre og barn på 12 år. En annen helsesøstrene var opptatt av at HPV-vaksinen vil kunne føre til sårbare reaksjoner fra personer som har vært utsatt for overgrep som for eksempel incest eller voldtekter. Det mente hun at de som helsesøstere måtte være forberedt på og ha tenkt igjennom i forkant av vaksinerings og informasjonsutlevering.

”Ja og de som har vært utsatt for incest. Det er ikke et fåtall det heller. Hva setter det i gang, voldtekter og incest? Det er en del vi ikke vet noe om, - og hvordan reagerer de? Dette blir jo spesielt, men vi må jo ivareta disse også. Jeg tror ikke vi skal vektlegge det seksuelle så mye.” (A)

Sitatet tyder på at det kan være nyanser og ulike vinklinger til temaet HPV og vaksine som gjør at helsesøstrene må vurdere de ulike situasjonen de kan komme i.

Kompleksiteten slik denne helsesøsteren så det er stor og det er mange temaer som bør være gjennomtenkt før vaksinen innføres. Utsagnet ble ikke fulgt opp av de andre informantene, men førte til en liten pause for fokusgruppeintervjuet fortsatte.

VAKSINEN ER VOND

Vaksinene gjør vondt å få satt. Flere tilbakemeldinger helsesøstrene hadde fått gikk på at HPV-vaksinen er vondere å få satt enn flere av de andre vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet. Erfaringsmessig trodde helsesøstrene at det kunne bli problematisk å holde ”hysteriet” nede ved andre og tredje gangs vaksinerings. De trodde også det kom til å bli vanskelig å hanke ungdommene inn til disse vaksineringsene. Her viste helsesøstrene at de tenkte på flere utfordringer ved vaccineinnføringen. Erfaringer de hadde ble brukt til å forutse hva de kunne forvente av arbeidsoppgaver ved HPV-vaksinasjon. Informantene ga her forsker en forståelse av det kontekstuelle ved vaksinerings.

UENIGHETEN

Den faglige uenigheten ved HPV-vaksinen mente helsesøstrene var en av grunnene til skepsis blant publikum og helsesøstere men det var også med på å forklare det spesielle ved vaksinen. En helsesøster trodde de kom til å få to typer foreldre. De som vet mye og som har fått med seg mye av blesten fra media, og de som ikke vet noe og som ikke har fått med seg usikkerheten. Helsesøstrene mente at mange foreldre samt helsesøstere ble veldig påvirket av media. Dersom mer usikkerhet kom frem i media forventet de en stor storm av pågang fra publikum som vil trenge saklig informasjon fra dem. Helsesøstrene innrømmet at de selv var påvirket av den faglige uenigheten og at de antok at det samme gjaldt foreldrene som ville være redde for å påføre jentene skade ved å samtykke til vaksinasjon.

ANDRE GRUNNER

Andre grunner til at helsesøstrene fant vaksinen spesiell og ukjent var at HPV-vaksinen er den første vaksine mot kreft og at den skal fordeles på kjønn. Det at vaksinsens effekt først vil vise seg om 10 til 20 år frem i tid syntes de også var med på å forklare hvorfor vaksinen var spesiell. Videre nevnte de grunner som at HPV-vaksinen og livmorhalskreft ikke er kjent. At selve vaksinesprøyten er spesiell og at den er dyr å kjøpe på apotek.

5.4 Fokusgruppe 2

Fokusgruppeintervjuene med gruppe 2 skilte seg ikke vesentlig fra gruppe 1. Mange av de samme holdningene kom til uttrykk som for eksempel skepsis til HPV-vaksinen og behovet for kunnskap om HPV. Helsesøstrenes ønske om tilførte ressurser når HPV-vaksinen innføres kom klart frem i begge fokusgruppene. Det samme gjaldt helsesøstrenes usikkerhet overfor HPV-vaksinsens effekt, sikkerhet og varighet. Fokusgruppe 2 bestod av 5 helsesøstere som alle ville jobbe med HPV-vaksinen fra høsten 2009. For å få en oversikt over fokusgruppe 2 er hovedfunnene kategorisert som vise i tabell 7.

Tabell 7

Hovedfunnene som ble generert av fokusgruppe 2 ved første og andre gangs intervju:

Skepsis
Kompetanse
Ressurser
Aksept
Informasjonsutlevering

5.4.1 Skepsis

HELSESØSTERE

I det første fokusgruppeintervjuet med fokusgruppe 2 hadde enkelte av informantene ikke bestemt seg for hva de mente om HPV-vaksinen. De fleste helsesøstrene ga uttrykk for skepsis.

En helsesøster var positiv til HPV-vaksinen:

”Jeg er for vaksinen for jeg opplevde på nært hold folk med livmorhalskreft og som også har tatt den skrapeprøven fra livmorhalsen, og voksne jenter som har fått vaksine etterpå. Så jeg er for vaksinen fordi at jeg har sett på kreftregisteret på statistikken der, og etter det å dømme så ser det ut til at de som har fått vaksinen - de gir det utslag på. Så jeg vil være med på det så sant det er godkjent av høyere hold. For jeg har sett det på nært hold og det er de som ikke kan få barn eller får premature barn eller ja som ønsker seg veldig barn. Så jeg er pr. i dag for vaksinen, men ønsker meg litt mer god informasjon.” (I)

Utsagnet kan tyde på at personer som har kjennskap til HPV og HPV relaterte sykdommer er mer positiv til vaksinen enn de uten denne type erfaring. Dette stemmer med det en av informantene på fokusgruppe 1 formidlet. Felles for alle deltakerne i fokusgruppe 2 var at de ønsket seg mer informasjon og kunnskap om vaksinen.

Når helsesøstrenes egne holdninger til vaksinen ble diskutert ble det alltid referert til helsesøstrenes manglende ressurser til å gjennomføre vaksineringsen. Den ene helsesøsteren som var positiv til vaksinen, prøvde flere ganger under intervjuet å nyansere mellom skepsis grunnet vaksinens usikkerhet, og skepsis grunnet manglende ressurser og kunnskap.

”Nå synes jeg at vi snakker om to forskjellige ting, for altså er vi for at denne vaksinen finnes i det hele tatt, altså det er en vaksine som er godtatt på en måte som blir brukt, det er det ene. Det andre er vaksinasjon, hvis dere skjønner hva jeg mener, og jeg er for at denne vaksinen pr. i dag blir brukt, men er vi for at den skal legges inn i et vaksinasjonsprogram? Ja da er det ikke snakk om vaksinen, da er det snakk om ressurser. Det mener jeg.” (I)

Det ble diskusjon rundt dette der de andre deltagerne i fokusgruppen motargumenterte. De ga uttrykk for at vaksinen og ressurser henger tett sammen og ikke kunne sees atskilt.

Noen av de som var skeptiske til vaksinen sa de ville finne det etisk vanskelig når HPV-vaksinen innføres i barnevaksinasjonsprogrammet da de som motstandere av vaksinen likevel ønsker å være tro mot barnevaksinasjonsprogrammet. Dette så de på som en utfordring.

Usikkerhetene knyttet til vaksinen ble diskutert sammen med helsesøstrenes skepsis. Helsesøstrene ga sterkt uttrykk for egen usikkerhet og manglende kunnskap om HPV-vaksinen. De brukte store deler av fokusgruppeintervjuet på å diskutere det de ikke visste og usikkerheten som vaksinen representerer. Usikkerheten gikk på all kunnskapen de manglet og som de ga uttrykk for at de trengte, samt den usikkerheten som ligger i en ny vaksine som effekt og sikkerhet.

Usikkerheten de diskuterte ved selve vaksinen var først og fremst hvorfor ikke gutter skal vaksineres. Flere var opptatt av hvorfor jentene skal være akkurat 12 år, og om dette er riktig alder med tanke på tidspunkt for seksuell debut.

”Jeg tenker at 12 – 13, at 12 års alderen er for tidlig jeg. Det er ALT for tidlige”. (J)

Holdninger som at de ikke ville ha gitt vaksinen til sine egne døtre ble fremmet.

”Ja sånn ut i fra informasjon som jeg har fått så anbefaler ikke jeg min datter å ta den vaksinen. Jeg har faktisk holdt den unna henne så, så sterk har jeg gått ut. For jeg føler det er litt liten informasjon om livmorhalskreft og innholdet i denne vaksinen og bivirkninger mot alle ting. Jeg tror vaksiner inneholder en del ting som ikke er bra i det lange løp og det kan ikke garanteres mot andre kreftsykdommer dersom man skulle være så uheldig å få de. På den annen side vil jeg være i et etisk dilemma når jeg står overfor andre jeg skal vaksinere, og det er vel litt av grunnen til at jeg er her i dag, samtidig som det er spennende å få for og mot standpunkter.” (K)

Det siste sitatet viste den vanskelige situasjonen denne helsesøsteren befant seg i når hun på den ene siden var skeptisk til vaksinen og på den andre siden skal utføre vaksinasjon. Utsagnet kan tyde på at helsesøstrene var klar over at egen skepsis kunne overføres til mottakerne. Informanten forklarte at grunnen til at hun deltok i fokusgruppen var at hun ønsket mer kunnskap om HPV.

Til det andre fokusgruppeintervjuet med gruppe 2, møtte 3 av de opprinnelig 5 informantene. En av helsesøster fortalte at hun var blitt mer positiv til HPV-vaksinen og forklarte dette med at hun nå hadde mer kunnskap om HPV-vaksinen enn hun hadde på det første fokusgruppeintervjuet. Hun fortalte at hun også var mer positiv fordi de på hennes arbeidsplass hadde kommet med forslag til løsningen på hvordan de skulle vaksinere barna.

”...fordi jeg visste ikke så mye om det på det forrige intervjuet, og da ble jeg bevisst egne tanker og ting om denne vaksine. Vi har snakket mer om det også. Så holdningen er mer positiv nå kanskje enn det var på forrige intervju. Tanken om å ta det på kveldstid har gjort meg mer positiv for da vil vi kunne få det til og det vil ikke bli det store kabalproblemet. Det vil ikke bli så stort som jeg så for meg på forhånd. Så jeg tenker jeg har blitt mer positiv.” (M)

Utsagnet tyder på at hennes skepsis var blitt mindre både grunnet mer kunnskap men også da de hadde kommet opp med forslag til tiltak slik at vaksinasjon ikke ville bli et ressursproblem. En annen av informantene på dette siste intervjuet var fortsatt skeptisk til vaksinen, noe hun begrunnet med manglende kunnskap om vaksinens virkning samt manglende forståelse for hvordan vaksinasjonen skulle organiseres sett i sammenheng med helsesøstrenes mangel på ressurser. Hun mente videre at det var feil prioritering av helseøkonomiske midler å innføre HPV-vaksinen.

”Jeg har ikke forandret mening. Jeg er fortsatt skeptisk og det er både i forhold til selve vaksinen men også hvordan en skal organisere det og ressursene. Jeg tror vi får for liten tid og for lite ressurser uansett. Jeg er skeptisk selv om vi ser bort fra ressurser. Vi har fortsatt for lite kunnskap om replacement. Det er mye veldig, veldig mye penger det er snakk om. Kvinner kunne heller være flinke til å gå til screening. Pengene kunne vært brukt til noe annet forebyggende arbeid.” (L)

Hun fortalte at hun ikke trodde på rapporter som hadde regnet ut at innføring av HPV-vaksinen til 12 åringer i Norge er god helseøkonomi. Hun viste til at alle kvinner har et seksuelt ansvar og dermed også et ansvar for egen kropp. Hun var likevel klar på at hun ville være lojal mot det som var bestemt av helsemyndighetene og ville utføre vaksinasjonen tiltross for egen skepsis.

Den tredje deltakeren var i dette fokusgruppeintervjuet, som hun var i det første fokusgruppeintervjuet, opptatt av at en måtte skille mellom skepsis grunnet ressurser til vaksinasjonsprogrammet og skepsis grunnet egne holdninger til vaksinen. Hun fortalte at hun fortsatt var positiv til HPV-vaksinen og trodde at vaksinen kom til å redde kvinners liv. Hun hadde blitt enda mer positiv til selve vaksinen etter å ha deltatt på kurs. Hun understreket betydningen av god informasjon for å få bukt med skepsisen mange hadde til vaksinen.

En helsesøster skjøt inn at mer kunnskap gjør en mindre skeptisk.

”Jo mer kunnskap en har om et tema og jo mer en skjønner dess mindre skeptisk blir en”. (M)

Helsesøsteren som fortsatt var skeptisk sa at hun var veldig glad for at hun ikke trengte å ta avgjørelsen om vaksinasjon eller ikke, for egne barn. Hun mente det er et stort ansvar som foreldrene får, ved å ta stilling til om de ønsker HPV-vaksinen til sine barn, og understreket foreldrenes kommende behov for informasjon og oppgaven med å tilfredsstille det.

”Ja jentene får noe inn i kroppen sin som vi ikke vet nok om. Jeg er veldig glad jeg slipper å ta denne avgjørelsen for mitt barn. Det er et stort ansvar som foreldrene får. Vi vet ikke hva denne vaksinen gjør i kroppen om 30 år. Vi har sett eksempler på uheldige bivirkninger etter vaksinerings av gravide. Vi vet ikke om det skjer noe med disse jentene. Jeg er skeptisk rett og slett. Skepsisen

vil ikke komme ut overfor publikum. Men som privat person har jeg lov til å mene dette. Dette vil ikke komme ut i min jobb som helsesøster. Det er mange ting som jeg kunne ønske meg ressurser til. Det er fortsatt usikkerhet til dette. Det så jeg på TV.” (L)

Uttalelsen understreker at helsesøsteren ønsker å være lojal mot vaksinasjonsprogrammet og ikke overføre egen skepsis over på mottakerne.

JENTER 12 ÅR

På det første fokusgruppeintervjuet med fokusgruppe 2 ble det diskutert hvorvidt jentene, som skal vaksineres kom til å være opptatt av det seksuelle aspektet ved vaksinen. Flere mente at jenter på 12 år var for unge til å bli informert om at HPV smittes seksuelt og at dette kan føre til livmorhalskreft. Flere mente at når jenter er 12 år så er de ikke klare for den seksuelle praten og at holdningsskapende arbeid vedrørende sex og prevensjon ble, slik de så det, for prematurt å informere om til denne aldersgruppen.

En av informantene lurte på om vaksinen kunne være med på å utsette seksuell debut ved å skremme ungdommene fra å ha sex. Informantene diskutert dette med seksuell smitte og om HPV kunne føre til en negativ holdning til sex.

”Kan dette her være med på å utsette debut når man snakker om vaksinen, for hvis man holder seg til en partner så får man ikke HPV. Gutten og jenta har bare hverandre. Altså kan det være med på å skremme, altså sex er det flotteste vi har her i verden og det fine med sexen er at det er hyggelig og godt, men kan vi skremme dem slik at seksuell debut blir utsatt?” (I)

Det var mye uenighet rundt dette og flere mente at vaksineinnføringen heller kunne føre til at flere kom til å bli mer avslappet i forhold til bruk av kondom med alle farer dette representer i forhold til kjønnssykdommer og ufrivillig graviditet.

”...det kan også være et faremoment dersom vi sier at de ikke skal ha sex før de har fått vaksine, og da kan de tenke - trenger jeg ikke bruke kondom lenger, og da kan andre ting som kjønnssykdommer og ufrivillig graviditet komme opp isteden for.” (L)

En helsesøster mente at jentene burde informeres om at de har ansvar for egen kropp, og at det å ha sex med en gutt kan være forbundet med fare. Det var tydelig at temaet engasjerte fokusgruppedeltakerne og diskusjonen var en periode preget av litt iltre

bemerkninger, oppgitte sukk og stønn. Utsagnene kan tyde på frykt for at HPV-vaksinen kan føre til endret seksuell atferd hos de vaksinerte.

I det andre fokusgruppeintervjuet med gruppe 2 hadde alle helsesøstrene endret mening om at jenter i 7. ende klasse var for unge til å bli informert om det seksuelle ved vaksinen. En helsesøster fortalte at hun hadde seksualundervisning i 7. ende klasse og at hun hadde erfaring med at jenter ikke er for unge når de er 12 år. Hun fortalte at en kanskje burde begynne enda tidligere med å undervise i dette temaet, men at det krevde små forsamlinger. De andre fokusgruppedeltakerne var enige.

”Jeg har ofte seksualundervisning i 7 ende klasse, og de er ikke for små. Det er utrolig hvor tidlig en kan begynne. Jeg har hatt jenter på 13 år som har blitt gravide. Noen er veldig modne. Kanskje vi burde begynne enda tidligere.” (J)

En helsesøster fortalt at hun hadde hatt en annen mening om seksualundervisning og jenter 12 år på det første fokusgruppeintervjuet, men at hun nå hadde endret mening. Hun fortalte at lærere i skolen kom og spurte om hun ville samarbeide med de om undervisning vedrørende teamet. Endring begrunnet hun med at hun var nyutdannet helsesøster og at hun siden sist hadde fått erfaring på området. Informantene mente at det var avgjørende hvordan man legger frem teamet. De fortalte at elevene ofte ikke ønsket seksualundervisning fra sine lærere. De mente at helsesøstrene selv var mer egnet til oppgaven da de ikke kjente elevene så godt og dermed fikk et annet forhold til dem.

5.4.2 Kompetanse

Helsesøstrenes behov for kompetanseheving ble diskutert med fokusgruppe 2. Funnene var såpass like funnene fra fokusgruppe I at de ikke taes med. Eneste forskjell var at helsesøstrene i denne gruppen ytrer ønske om at de trengte motivasjon til å gjennomføre vaksineringen. De trengte også kunnskap om hvordan de kunne motivere barn til å ta alle de 3 nødvendige vaksinedosene.

Jeg tenker at det trengs motivasjon fra vår side for at vi vil gjennomføre vaksinasjonen. Vi trenger informasjon om hvordan vi skal gjøre dette praktisk (M).

5.4.3 Ressurser

Helsesøstrene i fokusgruppen 2 ga uttrykk for at de har behov for flere ressurser når HPV-vaksinen innføres.

De utrykte dette så stekt som å si at HPV-vaksinasjon kom til å bli et kjempestort ressursproblem. De sa de kom til å få problemer med å sette av tid til vaksineringsen. Uten ekstra tilførte ressurser mente helsesøstrene at annet arbeid måtte nedprioriteres. En av helsesøstrene ville nekte å gi vaksinen grunnet manglende ressurser. Hun hadde bestemt seg for å melde avvik dersom vaksinen innføres uten at ressurser følges med.

”Jeg tror at jeg velger å ikke føre inn den vaksinen akkurat nå, fordi jeg ikke har ressurser og da er det et kjempeavvik men det er et synlig avvik”. (L)

Fokusgruppa diskuterte om hun hadde mulighet til å gjøre dette. Flere av de andre fokusgruppedeltakerne sa de ville være lojale mot barnevaksinasjonsprogrammet og sette vaksinen når den innføres uansett egen skepsis. En helsesøster påpekte at de gjør en samfunnstjeneste ved å vaksinere barn og hun fant det underlig at helsesøstertjenesten ikke krediteres for dette, eller at dette ikke synliggjøres overfor dem.

Ulike behov for ressurser ble diskutert. Alle ønsket seg flere helsesøstere. Noen fortalte om dårlig samarbeid med skolene i forbindelse med vaksineringsen. De diskuterte alle arbeidsoppgavene som følger med en vaksineringsen og var tydelig opptatt av at de alle hadde for mye å gjøre på nåværende tidspunkt.

5.4.4 Aksept

For at foreldre skal ønske å vaksinere barna sine, mente helsesøstrene at fokuset burde settes på at vaksinen forhindrer kjønnsvorter like mye som at den forhindret livmorhalskreft. Videre mente de at det at den er gratis lettere ville føre til at foreldre kom til å akseptere vaksinen.

Helsesøstrene trodde at de fleste 12 åringene kom til å forholde seg til det deres foreldre mente, og at dere aksept fulgte foreldrene bestemmelser.

Da helsesøstrene ble spurt om hvor stor oppslutning de trodde vaksinen kom til å få, kom deltakerne med varierende svar. En helsesøster trodde mange kom til å si ja spesielt hvis foreldre fikk høre hva vaksinen kostet. Alle helsesøstrene ga uttrykk for at de syntes vaksinen var dyr. Samme helsesøster som trodde vaksinenes pris kom til å øke aksept av vaksinen trodde også at noen kom til å være skeptiske på grunn av all negativ omtale som vaksinen hadde fått i media.

”Jeg tror mange kommer til å si ja hvis de får høre hvor mye den egentlig koster. Det tror jeg. Men at noen er skeptiske på grunn av skriverier det tror jeg også. Men dette kommer til å være avhengig av den gode informasjonen vi skal gi da.” (N)

Alle var enige i at høy deltakelse og aksept av vaksinen kom til å være avhengig av god informasjonen fra helsesøstrene til de som skal ha vaksinen og deres foreldre.

5.4.5 Informasjonsutlevering

Helsesøstrene hadde på det siste fokusgruppeintervjuet funnet masse informasjon om HPV-vaksinen. De informerte om at de som skulle vaksineres og foreldre ofte spurte helsesøstrene om hva de mente om den ene eller den andre vaksinen, og om de selv ville ha satt vaksinen på egne barn. Her var de enige i at de måtte være ærlige men uten å føre egen skepsis over på de som henvendte seg til dem med spørsmål.

Fokusgruppedeltakerne mente at det var viktig at målgruppen og deres foreldre får informasjonen om HPV-vaksine nå. De understreket at kunnskapen rundt HPV-

vaksinen har de fleste jenter og foreldre ikke kjenneskap til fra før, og at de kommer til å trenge god tid på å bestemme seg om de ønsket HPV-vaksinen. Helsesøstrene ønsket at ulike mediakanaler ble benyttet til å formidle kunnskap om HPV-vaksinen, HPV, livmorhalskreft og screeningsprogrammet.

INFORMASJON OG GUTTER

Til tross for at gutter, i denne omgang, ikke skal ha HPV-vaksinen syntes helsesøstrene i fokusgruppe 2 at det burde komme god informasjon og god begrunnelse på hvorfor ikke guttene skal tilbys HPV-vaksinen. De syntes videre at gutteforeldre skulle få samme informasjon som jenteforeldrene da de så på det som et bidrag til holdningsskapende arbeid for ungdom og foreldre.

De begrunnet dette med at både jenter og gutter er bærer av HPV og kan smitte hverandre. De mente at det var naturlig at både gutte- og jenteforeldre er tilstedet på foreldremøter om temaet. Informasjonsmateriale var de ikke samstemte om, da en mente at dette ikke behøvde å bli utlevert til gutter og deres foreldrene. De andre fokusgruppedeltagerne mente på den annen side at informasjonsmaterialet som skal deles ut også bør gies til guttene og deres foreldre. De begrunnet dette med at informasjon kan man aldri få for mye av, og at informasjonen vil kunne være nyttig for gutter selv om de ikke skal vaksineres. Gutter trenger som jenter å bli bevisste på hva HPV er, og hvordan det smittes. På denne måte kan en bevisstgjøre guttene om at de smitter jentene med HPV, var det en helsesøster som formidlet.

Fokusgruppedeltakerne diskuterte om en enklere brosjyre kunne lages til guttene eller om egen side burde være forbeholdt de, men kom ikke til noen enighet. Alle mente at guttene burde informeres om at hvis de ønsker det så kan de få vaksinen, men at de da måtte kjøpe og bekoste den selv.

5.5 Forslag til kurspakke til helsesøstere

I siste del av fokusgruppeintervjuene ble informantene forelagt et forslag til kursopplegg for helsesøstrene. Forslaget var basert på funn fra analysen av meningokokkvaksineforsøket, idédugnaden til Folkehelseinstituttet og pilotprosjektet. Målet med kursforslaget var å øke helsesøstrenes kompetanse og bevisstgjøre deres holdninger om HPV-vaksinen. Dette ble formidlet til fokusgruppedeltakerne før kurspakken ble presentert punktvis på en flippover.

5.5.1 Rollespill

Rollespill var det første forslaget som ble presentert for helsesøstrene under fokusgruppeintervjuene. Tanken bak forslaget var at rollespill kunne gi deltakerne muligheten til å lære mer om HPV-vaksinen samtidig som helsesøstrenes holdninger kunne fremkomme. Rollespill kunne, slik forsker så det, gjøre helsesøstrene mer bevisst egne holdninger. Forsker foreslo at helsesøstrene kunne i et rollespillscenario bytte på å spille foreldre, barn og helsesøster. Det ble foreslått ulike roller som for eksempel den skeptiske moren, den ivrige helsesøsteren og den uvillige jenta.

Helsesøstrenes holdninger til rollespill varierte mellom fokusgruppe 1 og 2. I fokusgruppe 1 var alle helsesøstrene negative til forslaget. De mente at rollespill ikke ga en autentisk situasjon samtidig som de ga uttrykk for å være lei og skeptiske til undervisningsformen.

”Det føler det er en måte å hjernevaske oss på. Vet du jeg føler det virkelig sånn jeg. Jeg har en overbevisning jeg ..så... jeg blir altså... nei dette vil jeg ikke være med på.”(A)

Andre kom med utrop som ”Æsj” (B) og ”Fysj”(E) og ”nei, nei og atter nei” (D).

I fokusgruppe 2 var helsesøstrene mer positive til rollespill. De mente rollespill var en god ide, men understreket at for å kunne gjennomføre rollespill trengte de god veiledning og oppfølging.

En av fokusgruppedeltakerne mente at de hadde så mye å lære i forkant av HPV-vaksineinnføringen og hvis det ble arrangert en kursdag så trodde hun ikke det ville være tid til rollespill. En annen av informantene foreslo at det kunne arrangeres en todelt kursdag der en først fikk informasjon i en stor forsamling, før helsesøstrene ble delte opp i mindre grupper, der rollespill kunne være et læringsalternativ.

Helsesøsteren som mente det ville bli for liten tid kom med forslag om heller å se på et ferdig konstruert rollespill. Hun trodde at dette kunne være med på å øke helsesøstrenes bevissthet i forhold til egne holdninger til vaksinen. En annen informant fortalte at hun selv og flere av hennes kollegaer syntes dette med rollespill var vanskelig, og at mange kviet seg for å tre inn i en ”rolle” mens andre observerte. Flere var enig og kunne fortelle om kollegaer som ikke deltok på kurs der rollespill inngikk som læringsform.

5.5.2 Kursdag

Forslag til kurspakke på mellom en halv dag og to dager ble foreslått og diskutert. Helsesøstrene mente at hvis de bare skulle få undervisning og ha mulighet til å stille spørsmål så var en halv dag nok. Dersom rollespill og gruppearbeid skulle inngå som læringsformer ønsket de et heldagskurs. Mer enn dette hadde de ikke tid til.

Alle helsesøstrene ønsket at tilbudet skulle være organisert som obligatorisk undervisningen i regi av Folkehelseinstituttet eller fylkeskommunene. De ønsket flere alternative datoer å velge mellom slik at alle fikk deltatt på undervisningen i arbeidstiden. De ønsket ikke å delta på undervisning om HPV-vaksinen på kveldstid, noe de anså som uaktuelt.

Kursets innhold ble diskutert. Helsesøstrene ønsket å starte dagen med å se en 10 minutters informasjonsfilm om HPV-vaksinen. De ønsket at filmen skulle være beregnet på foreldre og målgruppen, og at de senere kunne vise den på foreldremøter. De ønsket selv å se filmen for å få en myk start på kursdagen, for å få enkel og lettfattat informasjon om temaet og for å forbrede seg til kommende foreldremøter.

Helsesøstrene diskuterte størrelsen på den ideelle undervisningsgruppen. De fleste ønsket skoleklassestørrelse på rundt 20-25 delakere. Noen av fokusgruppedeltakerne hadde ikke noe imot at undervisningsgruppene ble større. Det som var avgjørende for helsesøstrene var at de ønsket at det skulle vært noe felles i starten, og noe mindre grupper på slutten av kurset. De ønsket undervisning først og avsetning av tid til spørsmål mot slutten av dagen.

Små grupper ville, slik forsker forstod fokusgruppedeltakerne, føre til at de ville tørre å stille spørsmål eller be om mer informasjon om ting de hadde behov for. Større grupper åpner ikke for dette på samme måte da informantene mente at dette kunne være avslørende i forhold til manglende kunnskap. Flere formidlet at de kviet seg for å snakke i store forsamlinger.

Faginnholdet i kurspakken ønsket informantene skulle starte med hva livmorhalskreft er, hvem som får det og prognose. De ønsket å vite om screeningsprogrammet for å forstå hvordan celleforandringer og livmorhalskreft følges opp. Videre ønsket de egenhistorier og intervjuer med kvinner som har eller hadde hatt livmorhalskreft, der selve opplevelsen av sykdommen ble satt i fokus.

Helsesøstrene ønsket informasjon og kunnskap om HPV og hvordan det smitter, vaksinene som er utviklet, hvem av de to vaksinene en har valgt og hvorfor, hvordan vaksinen virker og hvilken effekt en antar at den vil ha på kort og lang sikt.

Helsesøstrene ønsket kunnskap om vaksinens sikkerhet, rapporterte bivirkninger i andre land og hva en vet at en ikke har nok kunnskap om. Kunnskap om hvordan og når vaksinen skal settes og hva de vil få av informasjonsmateriale til utlevering var ønsket. De ønsket også informasjon om hvorfor ikke gutter skal ha vaksine og hvorfor jentene skal være 12 år. Informasjon om HPV-vaksineinnføringen i andre land og erfaringer de har gjort seg, var ønsket de hadde. Ved siden av kursdagen ønsket helsesøstrene å få utdelt skriftlig informasjonsmateriale om HPV-vaksinen og livmorhalskreft. Helsesøstrenes ønsker for den ideelle kursdag er fremstilt i figur 8.

Figur 8

Helsesøstrenes ønsker for den ideelle kursdag

Innhold	Begrunnelse
informasjonsvideo	Gir en myk start på dagen Enkel informasjon først Gjør det enklere å benytte senere til barn og foreldre
Faktakunnskap i store grupper	Øker kompetansen om temaet HPV
Rollespill utført av profesjonelle	Kan øke bevissthet til egne holdninger Kan forbrede helsesøstrene på informasjonssamtaler
Egenopplevelser	Fortalt av kvinner med erfaring med sykdommen livmorhalskreft
Oppdeling i mindre grupper	Lettere å stille spørsmål Åpner for diskusjon

5.5.3 Informasjonsmateriale

TIL HELSESØSTRENE

Helsesøstrene ønsket å få informasjonsmateriale utlevert i god tid før HPV-vaksinen innføres. Informasjonen ønsket de både som kortfattet, enkel informasjonsbrosjyrer, til mer omfattende dybdekunnskap med henvisning til studier og rapporter om temaet. På denne måten ønsker de å forbrede seg til å møte ulike grupper foreldre med ulikt behov for kunnskap. Dybdeinformasjon ønsket de tilgang til slik at de kunne lese ved behov. Helsesøstrene forklarte at de normalt sett ikke hadde tid til å lese lange

rapporter. De så gjerne for seg at informasjonsmateriale inneholdt bilder og illustrasjoner. En god innholdsfortegnelse anså de som viktig.

Fokusgruppedeltakerne ønsket at det i starten av en informasjonsbrosjyre stod faktaopplysninger om livmorhalskreft samt om celleforandringer og HPV. Videre mente de at brosjyren burde inneholde de samme temaene som ble ønsket for kursdagen. Innholdet i kursmaterialet som helsesøstrene ønsket er konkretisert i figur 9.

Figur 9

Ønsket innhold i informasjonsbrosjyre til helsesøstere

Faktaopplysninger	<ul style="list-style-type: none"> • HPV • Celleforandringer • Livmorhalskreft • Livmorhals screeningsprogrammet
HPV-vaksinene	<ul style="list-style-type: none"> • Hvem av vaksinene som er valgt og hvorfor • Hvordan vaksinen virker • Hvilken effekt en antar vaksinen har på kort og lang sikt. • Vaksinens sikkerhet • Rapporterte bivirkninger i andre land • Hva vet vi at vi ikke har nok kunnskap om. • Hvordan og når vaksinen skal settes • Hvorfor ikke gutter skal ha vaksine • Hvorfor skal jentene være 12 år • Vaksineinnføring i andre land og erfaringer de har gjort seg

Helsesøstrene ga uttrykk for at deres ønsker for kursdagen og informasjonsmaterialet samlet ville øke deres kompetanse om HPV-vaksinen og gjøre de mer forberedt til å møte informasjonsbehovet fra foreldre og barn.

TIL BARN OG FORELDRE

Alle helsesøstrene var enige i at det var viktig med god og tilrettelagt informasjon til barn og foreldre. De mente at informasjonen burde være enkelt og kortfattet.

Informantene mente informasjon til barn og foreldre kunne være den samme.

”Denne brosjyren (en brosjyre utgitt av et legemiddelfirma ble holdt opp) gir svar på mye kan man si, men det er alt for mye å gi ut til foreldre og barn. Det burde være enklere, ja jeg tenker at de som er interessert kan gå inn på Folkehelseinstituttet sine sider.”(I)

Helsesøstrene syntes informasjon om HPV-vaksinen kunne sendes hjem som ranselpost der hvert enkelt hjem kunne håndtere dette slik de håndterte annen vaksineinformasjon. De ønsket ikke å gjøre informasjonsutleveringen annerledes enn ved andre vaksiner som tilbys skolebarn via barnevaksinasjonsprogrammet. Helsesøstrene begrunnet dette med at HPV-vaksinetilbudet var så spesielt at vaksinerutinene bør være den samme som ved andre vaksiner. Informantene understreket med dette funn fra idédugnaden til Folkehelseinstituttet, der helsesøstrene ønsket å gjøre HPV-vaksineinnføringen likest mulig andre vaksine innføringer.

Informantene diskuterte foreldrenes behov for informasjon og ga uttrykk for at foreldre hadde behov for å få forklart hva livmorhalskreft er på lik linje med jenter 12 år. Foreldre ville trenge informasjon om hvem de eventuelt kunne kontakte dersom de hadde spørsmål eller dersom noe skulle komme til å oppstå i etterkant av HPV-vaksinasjon. Informantene anså at foreldrene burde få informasjon om hvorfor en har valgt å vaksinere jenter på 12 år.

Noen av fokusgruppedeltakerne mente at foreldre og jenter også burde få informasjon om screeningsprogrammet og deltakelsesønske. Informantene diskuterte om foreldre og barn kom til å huske den informasjonen de fikk om vaksine og screening når

jentene nærmet seg screeningsalder. Enkelte mente at screeningsundersøkelse ikke var naturlig å ha med i informasjonen. De kom med forslag om at jentene helle burde få informasjon om at de må screenes selv om de er vaksinert, sammen med screeningsinnkallelsen de får når de er 25 år.

”Jeg tror ikke de husker det når de nærmer seg screeningsalder. Men hvis de får den informasjonen når de får screeningsinnkallelsen at man må screenes selv om man er vaksinert så er det nok best at den står der.” (H)

Noen helsesøstere kom med forslag om at eldre jenter og gutter kunne få informasjon om HPV-vaksinen på helsestasjonene for ungdom. De diskuterte at eldre jenter og gutter kunne få annen informasjon enn jenter 12 år. Grunner til dette var at de var eldre og kunne håndtere det seksuelle aspektet på en bedre måte. Samtidig vil HPV-vaksinen for de utenom programmet koste penger, dette ville de også trenge informasjon om.

5.5.4 Informasjonsvideo

Bruk av informasjonsvideoer var neste kompetansehevingsforslag. Tanken bak dette forslaget var at informasjonsvideo kan brukes til å formidle kunnskap samtidig som det kan få frem diskusjoner helsesøstrene i mellom.

I fokusgruppen 1 var helsesøstrene samstemte i at en informasjonsvideo på rundt 30 minutter hadde vært fint sammen med skriftlig informasjonsmateriale. Det beste, mente helsesøstrene, hadde vært om de kunne ha en temakveld eller et avdelingsmøte der de kunne se informasjonsvideoen og diskutere etterpå. Enkelte kom med forslag på å ha tilgang til skriftlig materiale tilknyttet informasjonsvideoen, for på den måten og benytte flere læringsalternativer.

I fokusgruppe 2 var deltakerne enige i at en informasjonsvideo på rundt 10 – 20 minutter hadde vært fint i kombinasjon med et skriftlig informasjonsmateriale. Video som varte mer enn 20 minutter ville de ikke ta seg tid til å se.

5.5.5 Kurshefter med ferdig utarbeide spørsmål

Forslaget ble fremlagt som et tilsendt kursmaterialet bestående av ferdig utarbeidede spørsmål. Tanken var at helsesøstrene ved å svare på spørsmål ville bli mer bevist det som anses som viktig temaer, noe som det kunne bidra til læring. Dette forslaget var det delt enighet om. Noen helsesøstere mente at dette ville de ikke prioritere. Andre mente at dette var et positivt tiltak men så det som en nødvendighet at fasiten ble vedlagt for at de skulle bruke læringsmetoden. Det viktigste mente de var den foreslåtte kursdagen og informasjonsmaterialet.

5.5.6 Spørsmål- og svarbrosjyrer

Etter funn fra idédugnaden til Folkehelseinstituttet ble spørsmål- og svarbrosjyre forslått som et læringsalternativ. Spørsmål- og svarbrosjyre var noe helsesøstrene hadde lang tradisjon på å bruke. Folkehelseinstituttet har utarbeidet slike brosjyrer som i dag ligger på deres hjemmeside. Dette var noe de så på som et kjærkomment bidrag til å øke deres kompetanse. Tanken bak dette forslaget var at det å ha tilgang til de vanligste stilte spørsmålene kunne øke bevisstheten om hva de selv kunne forvente av spørsmål fra foreldre og jenter 12 år.

6. DISKUSJON AV FUNN

Hensikten med studien er å kartlegge helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov i forkant av HPV-vaksineinnføringen. Spørsmålene om helsesøstre har de nødvendige ressursene til å utføre arbeidsoppgavene, og hva innholdet i en kurspakke til helsesøstere bør inneholde for å øke deres kompetanse er spørsmål studien besvarer. Det meste sentrale i studien er helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov. Helsesøstrenes skepsis har vært et viktig funn. Om skepsisen får konsekvenser for helsesøstrenes informasjonsutlevering, blir drøftet i studiebesvarelsen. Funnene fra meningokokkvaksineforsøket og idédugnaden går igjen i funnene fra fokusgruppeintervjuene. På bakgrunn av dette, og for oversiktens skyld, vil funnene fra de tre kildene bli diskutert samlet.

6.1 Helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov

Når HPV-vaksinen innføres høsten 2009 er det helsesøstertjenesten som skal vaksinere 12 års gamle jenter. To av helsesøstrene på fokusgruppeintervjuene formidlet at de ikke ville vaksinere jenter med HPV-vaksinen. De gikk så lang som å si at de kom til å nekte å utføre oppgaven. Helsesøstrene begrunnet dette med at de ikke hadde tid og tilstrekkelige ressurser, og at de syntes det var feil å vaksinere med en vaksine de følte sterkt imot, og som de mente det var feil å innføre i barnevaksinasjonsprogrammet. De to helsesøstrene endret holdning på dette fra det ene fokusgruppeintervjuet til det andre. Begge var fortsatt skeptiske og den ene hadde ombestemt seg og ville likevel vaksinere. Når HPV-vaksinen innføres kan situasjoner der helsesøstere ikke ønsker å vaksinere oppstå. Kommunene har plikt til å tilby vaksinasjon i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet jfr. forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og skal sørge for å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgavene de skal utføre. I praksis er det helsesøstere som vaccinerer og slik sørger for å oppfylle kommunens plikt. Helsesøstrene har likeledes plikt til å informere om de gjeldene vaksinene i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet.

Dersom en helsesøster har sterke personlige meninger mot HPV-vaksinen og ønsker å reservere seg, så bør hun slik forsker ser det, informere sin nærmeste overordnede om dette. Ansvar for helsesøstrene blir pålagt ved å vaksinere unge jenter med en vaksine de synes er usikker kan forståelig oppleves tyngende. Helsesøstrene kan være redde for at de påfører jentene skader ved å vaksinere dem. Helsesøstertjenesten bør søke å finne løsninger lokalt. Der det er mulig bør man frita den enkelte helsesøster fra vaksineoppgavene. Dette kan by på utfordringer i små kommuner, hvor det er en eller få helsesøstere, eller om mange helsesøstere i samme kommune/bydel ønsker å reservere seg.

Helsesøstrene har uttalt (Herseth, 2009) at de ikke er forberedt til HPV-vaksinasjon, og at de ikke er sikre på hva informasjonen til barn og foreldre bør inneholde. I følge leder for LaH NSF er helsesøstere landet rundt bekymret for om de klarer å gi foreldre og barn tilstrekkelig informasjon om HPV-vaksinen (Herseth, 2009). Det er viktig at helsesøstrene blir hørt når dette budskapet formidles. Det er helsesøstrene som vil stå for mesteparten av informasjonsarbeidet, og når de opplyser helsemyndighetene om at de ikke er forberedt til arbeidsoppgaven må det tas alvorlig. Det er viktig at helsesøstrene får tilbud om god opplæring og god informasjon om HPV-vaksinen, om hva vi vet og ikke vet, om bivirkninger og effekt slik at de kan føle seg forberedte når oppgavene med vaksinasjon skal utføres.

Rapporten fra meningokokk B vaksineforsøket viste at helsesøstrene opplevde at oppgaven med å vaksinere ungdommene ble pålagt dem uten at de ble forspurt om dette på forhånd. Helsesøstrene har i etterkant gitt uttrykk for at de ikke følte seg inkludert i de avgjørelsene som angikk helsesøstertjenesten og at arbeidsoppgavene ved meningokokkvaksineforsøket gikk utover blant annet førskolebarna (Aasland et al., 2007). Når HPV-vaksinen innføres blir det viktig å ikke gjøre samme feil, men heller søke å få helsesøstrene med på laget. De bør inkluderes i avgjørelser som angår helsesøstertjenesten og få anerkjennelse for den viktige jobben de gjør. Hjørnesteinen i hvor vellykket HPV-vaksineinnføringen blir, vil være avhengig av om dette blir ivarettatt (Lockwood-Rayermann & McIntyre, 2009; Narvaez-Traverso, 2008). Får en ikke helsesøstrene med på laget når HPV-vaksinen innføres kan kvaliteten på

informasjonsutleveringen rammes slik at barn og foreldre, basert på utlevert informasjon, ikke er i stand til å ta en avgjørelse om de ønsker HPV-vaksinen.

Helsesøstrenes holdninger vil, slik funn fra fokusgruppeintervjuene viser, kunne overføres til de som skal ha HPV-vaksinen. Uttalelser som at helsesøstre ikke kommer til å være gode ambassadører for vaksinen, og at de ikke vil markedsføre vaksinen selv om de er pålagt å sette den, understreker dette. En skeptisk helsesøstergruppe vil, slik forsker ser det, kunne føre til at informasjonen som utleveres blir preget av helsesøstrenes skepsis. Informasjonsutlevering preget av skepsis og manglende ”glød” kan føre til at det blir vanskelig for foreldre å ta et valg på vegne av sine barn, noe som igjen kan resultere i en redusert oppslutning til vaksinasjonsprogrammet. Ulike artikler viser at foreldre har stor tillit til helsepersonells holdninger til de vaksinene barn blir tilbudt (Zimet, 2005; Aasland et al., 2007). Familier søker ofte veiledning fra helsesøstre når vanskelige helsespørsmål skal avgjøres. I tilfeller der foreldre er i tvil om de ønsker å samtykke til HPV-vaksinasjon må helsesøster ta foreldre på alvor, inviterer de til samtale og informerer de om vaksinens potensial. Dette vil være vanskelig å gjennomføre for en helsesøster som i utgangspunktet er skeptisk til vaksinen, da helsesøstre lett kan overfører egne skepsis på den informasjonen de uleverer (Zimet, 2006). Foreldre forventer at helsesøstre kan bidra med nødvendig fagkunnskap slik at de kan få veiledning til å ta en avgjørelse ut fra egne forutsetninger. Dette fordrer at helsesøstre formidler et nøytralt syn og i alle fall ikke anbefaler foreldre å ikke gi sitt samtykke fordi de selv er skeptiske til vaksinen. Helsesøstre har stor påvirkningskraft på foreldre og barn, og de bør formidle kunnskap, trygghet og oppfordre til en åpen diskusjon i de tilfellene der foreldre er usikre på hva de skal velge på vegne av sine barn (Bennett, 2008).

Helsesøstre må i møte med foreldre og barn speile troverdighet. Helsesøstres sentrale rolle i å få et vellykket vaksineprogram og deres høye grad av troverdighet i befolkningen (Rogers et al, 2009) tilsier at de bør inkluderes, høres på og anerkjennes sin viktige rolle når HPV-vaksinen innføres.

6.1.1 Skepsis

Analyse av fokusgruppeintervjuene viste at helsesøstrene var skeptiske til HPV-vaksinen på grunn av:

1. usikkerheten som HPV-vaksinen representerer
2. helsesøstrenes manglende kunnskap om HPV-vaksinen
3. helsesøstrenes manglende ressurser til å gjennomføre HPV-vaksinasjon.

Noen helsesøstere var redde for at de skulle påføre jentene skade ved å vaksinere dem. Samtidig var flere av informantene opptatt av om vaksinen ville ha effekt når jentene blir seksuelt aktive. Usikkerheten rundt vaksinens effekt, jentenes alder, faren for replacement, vaksinens korte tilgjengelighet på markedet samt det seksuelle aspektet som vaksinasjon representerer ble nevnt når helsesøstrene diskuterte HPV-vaksinen.

Helsedirektoratet (2008) og Folkehelseinstituttet (2007) har anbefalt at usikkerhetene med HPV-vaksinen overvåkes. Sannsynligheten for langtidsbivirkninger og replacement anses som liten (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Å vente med å innføre HPV-vaksinen på bakgrunn av vaksinens usikkerhet, vil slik forsker ser det, ikke være i jentenes interesse. Konsekvensen av å ikke tilby HPV-vaksinen kan frata flere årskull jenter sannsynlig effekt på dødelighet (Hanger, 2009; Dommerud & Hanger, 2009; Nilsen et al., 2007). På samme måte kan en spørre om det vil være etisk forsvarlig å vente i 30–40 år med å innføre vaksinen for å se om den har effekt, og i mellomtiden la kvinner dø unødvendig av livmorhalskreft (Moi, 2009).

Manglede kunnskap kan være med på å forklare helsesøstrenes skepsis mot HPV-vaksinen. En av fokusgruppedeltakerne sa på det siste fokusgruppeintervjuet at hun på grunn av den tildelte informasjon ikke lenger var så skeptisk til HPV-vaksinen. Flere av fokusgruppedeltakerne uttrykket at dersom de hadde mer kunnskap om vaksinen så ville de muligens være mindre skeptiske. Grunner fokusgruppedeltakerne nevnte som at vaksinen har hatt en kort tilgjengelighet på markedet før den blir

implementert, og usikkerhet i forhold til vaksinens effekt og sikkerhet, kan tilbakevises blant annet av FUTURE II studiene (2007a, 2007b) og studien utført av Roden & Wu (2006) og Stanley (2007). Disse studiene viser at HPV-vaksinasjon er en trygg, effektiv og sikker måte å forebygge celleforandringer og sansynligvis livmorhalskreft på. Til nå er 40 millioner doser av HPV-vaksinen satt og langtidseffekt og sikkerhet av vaksinen er tilgjengelig for opptil 6,4 år (Hanger, 2009b). Ingen alvorlige bivirkninger er så lang blitt knyttet til HPV-vaksinen og det er ingen annen vaksine som er så grundig evaluert som HPV-vaksinen før implementering i det norske barnevaksinasjonsprogrammet (Lie et al., 2009).

For å sikre en god og bred faglig debatt om HPV-vaksinen før man fattet beslutningen om at vaksinen skulle implementeres i det norske barnevaksinasjonsprogrammet, ble HPV-saken behandlet i Rådet både den 26.11.2007 og den 26.3.2008 (Nasjonale Råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, 2008). Den åpne prosessen ble ansett som nødvendig i utredningsfasen da HPV-saken er kompleks samtidig som en ønsket å sikre at all argumentasjon for og mot vaksineinnføringen ble diskutert før en avgjørelse ble tatt (Dommerud et al, 2009).

På den annen side er det riktig at sikkerhet og varighet til HPV-vaksinen utover 6,4 år ikke er kjent. Det er heller ikke avklart om de vaksinerte vil komme til å trenge en oppfriskningsdose etter et vist antall år. Faren for replacement og eventuelle langtidsbivirkninger har en heller ikke kjenneskap til utover den tiden vaksinen har vært i bruk. Det er usikkerhet ved innføring av alle nye legemidler og vaksiner. En har ikke kunnskap om effekt og eventuelle langtidsbivirkninger for et legemiddel eller en vaksine før den er tatt i klinisk bruk eller etter langvarige kliniske studier. Usikkerheten ved å innføre HPV-vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet har blitt diskutert og evaluert som mindre enn gevinsten ved å vaksinere. Dersom det skulle vise seg at de vaksinerte vil trenge en oppfriskningsdose for å få en vedvarende vaksineeffekt vil jentene bli tilbudt dette på lik linje med andre vaksiner som gies i barnevaksinasjonsprogrammet.

I 2003 og 2004 ble henholdsvis 296 og 272 nye tilfeller med livmorhalskreft diagnostisert i Norge (se tabell 2 side 14). Dersom HPV-vaksinen kan forebygge 75 % av disse tilfellene vil opp mot 200 tilfeller av livmorhalskreft forebygges hvert år (Nilsen et al., 2007) og 500 kvinners liv i løpet av en tiårsperiode (Rognum, 2009). Helsesøstrene settes likevel i en faglig knipe der de på den ene siden er pålagt å utføre kommunens oppgave med vaksinasjon, samtidig som den faglige uenigheten og vaksinens usikkerhet kaster et usikkert lys over vaksinen. Helsesøstrenes skepsis mot HPV-vaksinen må taes alvorlig og møtes med kunnskap og forklaring på hvordan vaksinen virker, hvorfor den er valgt innført og hvordan prosessen til avgjørelsen har pågått. En vedvarende skepsis blant helsesøstrene vil i verste fall kunne påvirke informasjonen som utlevers og føre til frykt og lav vaksineoppslutning (Hanger, 2009b).

Kvinner som selv har kjennskap til livmorhalskreft er mer positive til HPV-vaksinen enn kvinner og familier der problemstillingen er ukjent (Dempsey, Zimet, Davis, & Koutsky, 2006; Pedersen, 2008; Zimet, 2006). En fokusgruppedeltaker var på begge fokusgruppeintervjuene positive til HPV-vaksinen. Hun fortalte at hennes grunn til at hun var for HPV-vaksinasjon, var at hun kjente kvinner med både celleforandringer og livmorhalskreft. Hun visste hva HPV kunne føre til av lidelser i en kvinnes liv. Erfaringer fjerner i likhet med teoretisk kunnskap skepsis (Zimet, 2005). Et alternativ for å redusere helsesøstrenes skepsis til HPV-vaksinen kan derfor være å få kvinner med celleforandringer eller livmorhalskreft til å formidle egenopplevelser til helsesøstrene. Dette var også et forslag fra helsesøstrene på fokusgruppeintervjuene.

Ved å tilføre helsesøstertjenesten flere ressurser, slik at helsesøstrenes arbeidsmengde ikke økes kan helsesøstrene bli mer positive til HPV-vaksinasjon. Ved å samtidig innføre de foreslåtte tiltakene som involverer å ta helsesøstrene med på laget, tilføre de mer kunnskap om HPV-vaksinens potensial og inkludere kvinner med erfaringer i undervisningsøyemed kan helsesøstrenes kompetanse øke noe som kan gjøre de mer forberedt og samtidig mindre skeptiske til HPV-vaksinen.

6.1.2 Seksualitet

Noen av helsesøstrene i fokusgruppeintervjuene og idédugnaden var redde for at HPV-vaksinasjon kunne føre til at de vaksinertes seksuelle debutalder vil kunne komme til å synke. Videre var helsesøstrene på fokusgruppeintervjuene opptatt av at informasjon om bruk av kondom ved seksuell aktivitet ble utlevert. Temaet seksuell hygiene og HPV har vært mye diskutert i media. Under et møte i Bioteknologinemnda den 1.4.09 ble argumenter som at vaksinen kan føre til atferdsendringer hos de vaksinerte diskutert (Borge, 2009). Sosial- og helsedirektoratet skrev i sin rapport (2008) at i kampen mot livmorhalskreft vil seksualhygieniske tiltak som oppfordring til bruk av kondom, sen seksuell debut og få seksualpartnere fort kunne virke moraliserende på de unge. HPV smittes via slimhinnekontakt og kondom beskytter bare delvis mot HPV smitte. Samleie er ikke en forutsetning for å bli smittet. Studier viser at den største smitekilden til HPV er via beføling av kjønnsorganer (Schwarz & Leo, 2008). Dersom en ønsker å unngå smitte med HPV er seksuell avholdenhet den beste forsikringen. Dette tiltaket må ansees som ineffektivt da det neppe vil føre til etterlevelse.

Ulike studier viser at folk flest vet lite om sammenhengen mellom HPV, livmorhalskreft og at HPV overføres seksuelt (Øren et al., 2006; Rogers et al., 2009). Faren for at vaksine mot et virus en ikke har hørt om vil resultere i økt seksuell aktivitet uten bruk av kondom virker derfor usannsynlig. Debattene i media og fagmiljøer om unge jenter og HPV-vaksine, sammen med holdningene som viste seg under fokusgruppeintervjuene og idédugnaden har ført til at forsker har undret seg over folks holdninger til jenter og seksualitet. I flere artikler er det anbefalt at HPV-vaksinen introduseres som en kreftvaksine og ikke som er vaksine som beskytter mot et seksuelt overførbart virus (Zimet, 2005). Når sex settes i sammenheng med små jenter og en mulig vaksine så er det tydelig engasjerende. Forsker har fundert på hvorfor den seksuelle argumentasjonsrekken helt har manglet når gutter og eventuell HPV-vaksinasjon blir diskutert. Er det slik at tanken på gutter og fremtidig sex er mer akseptert enn jenter og fremtidig sex? Forsker har ikke gjort søk som kan si noe om befolkningens holdninger på dette, men sitter likevel igjen med en undring på om

debatten om det seksuelle, jenter og HPV-vaksine vitner om et noe gammeldags syn der jenter skal være rene og seksuelt naive til de inngår ekteskap.

Argumenter som at det er en direkte sammenheng mellom ungdoms atferd og helsebelastninger har blitt reist når HPV-vaksinen har blitt diskutert (Storvik, 2007). At jenter som får ulike HPV-infeksjoner er urenlige eller promiskuøse og selv er skyld i det har også blitt fremmet i fagmiljøer, samlinger og møter om temaet. Slik argumentasjon er, slik forsker ser det, med på å stigmatisere kvinner med HPV, celleforandringer og livmorhalskreft. Når kunnskapen sier at 70 % av alle seksuelt aktive kvinner og menn blir smittet med HPV i løpet av livet, så oppfattes slik argumentasjon som unødvendig. Teoretisk sett så kan en bli smittet med HPV og utvikle livmorhalskreft selv med bare en livslang seksualpartner. En undersøkelse viser at kvinner har opp til 17,9 ganger større sjanse for å utvikle livmorhalskreft dersom partneren har hatt anamnese for kjønnsvorter (Kjaer, Engholm, Dahl, & Bock, 1996). En annen studie viser at kvinner som har en seksualpartner med promiskuøs atferd har 6,9 ganger økt risiko for å utvikle livmorhalskreft. Samme undersøkelse viser at kvinner med livmorhalskreft 5,9 ganger oftere er gift med partnere som har hatt mer enn 20 sexpartnere enn kvinner uten livmorhalskreft (Agarwal, Sehgal, Sardana, Kumar, & Luthra, 1993). Livmorhalskreft er en alvorlig kreftform som kan føre til en smertefull og tidlig død hos kvinner. Å påføre sykdommen skam og et stempel om promiskuøs atferd ansees som både umoralsk og stigmatiserende.

Under det ene fokusgruppeintervjuet tok en helsesøster opp temaet seksuelle overgrep og HPV-vaksinasjon. Hun stilte spørsmål til fokusgruppen om hvordan helsesøstrene bør møte jenter som har slike erfaringer. Forulempede jenter er ekstra sårbare og kanskje også redde for å fortelle om det de har opplevd. Flere som har opplevd overgrep kan være redde for konsekvensene det vil kunne få dersom de velger å fortelle om det til en helsesøster. Eventuelt kan en som har vært utsatt for overgrep være redd for at vaksinen kan skade da de ikke er seksuelt naive. Jentene kan komme i et dilemma der de ikke tørr fortelle om dette. Denne gruppen må ivaretas og helsesøstrene må være forberedt på dette i forkant av vaksinasjon. Informasjon som

utleveres bør inneholder fakta om at HPV-vaksinen ikke er farlig å ta selv om en har debutert seksuelt, men at effekten av vaksinen da er begrenset.

6.1.3 Informasjon

Informasjonen som utleveres til foreldre, jenter og helsepersonell må være informativ. Det blir viktig å tilføre mottakerne nødvendig kunnskap om vaksinen. Informasjonen som skal ut til publikum må være edrulig og sann og fri for subtil påvirkning. Målgruppen for vaksinen og foreldre har krav på at informasjonen inneholder relevant og informativ fakta om vaksinsens sikkerhet, mulige bivirkninger, usikkerhetsaspektene, vaksinsens virkningsmekanismer og alternativer til vaksinen. All informasjon som er kjent og som kan være med på å gjøre at foreldre og barn selv kan ta et reelt valg i forhold til informert samtykke må presenteres på en kortfattet og for dem forståelig måte. Dette må gjøres også med usikkerhetsaspekter og forhold vi i dag ikke har fullt ut kjennskap til. Informasjonen som utleveres skal være av en slik karakter at mottakerne forstår den og kan trekke en frivilling beslutning på bakgrunn av den. Mottakerne bør også gies adekvat tid til lesing og ettertanke. Først da kan et eventuelt informert samtykke gis (Fagermoen, 2003; Tranøy, 1994).

Flere helsesøstere oppfattet at det ved meningokokkvaksinsens ungdomskoleforsøk var vanskelig at informasjonsarbeidet var delt opp ved at lærerne informerte mens helsesøstre vaksinerte ungdommene. Når HPV-vaksinen innføres blir det viktig at både informasjonsarbeidet og vaksineringsansvaret ligger hos helsesøstre, slik at ansvaret for å samkjøre dette kan koordineres og kontrolleres. Det vil gi vaksinatørene de nødvendige forutsetningene for å kunne kontrollere hva som blir gitt av informasjon. Dette vil bidra til økt samsvar mellom informasjon og vaksinerings og reduksjon av frustrasjon. Informasjonen som helsesøstre utleverer til jenter og foreldre vil spille en avgjørende rolle for å få en korrekt forståelse og muligheten til å ta et valg på om en ønsker vaksinen (Narvaez-Traverso, 2008). Lærerne innehar ikke den nødvendige kompetansen til å informere om en nyutviklet vaksine der sykdomsbilde er komplekst, og der flere fagaktører er delte i sitt syn vedrørende

vaksinene sikkerhet, nytte og effekt. Informasjonen fra publikum som rettes mot skolen må henvises til helsesøstrene. Hvis lærerne påtar seg denne oppgaven kan de, slik forsker ser det, forkludre informasjonen da de ikke har den nødvendige kompetansen til denne oppgaven.

6.1.4 Samtykke

Leder i Foreldreutvalget for grunnopplæringen, har uttalt at tilbudet om HPV-vaksine handler om et tilbud til våre barn og om foreldre skal samtykke. Hun understreker at foreldre mangler informasjon og kunnskap om HPV-vaksinen og spør hvordan de da kan samtykke (Hanger, 2009). Informasjonsansvaret må tillegges helsesøstertjenesten og helsesøstrene må på bakgrunn av slike uttalelser sikres kunnskap slik at de kan utlevere nødvendig kunnskap.

Ved meningokokkvaksineforsøket kom det frem i etterkant at flere elever fikk vaksinen uten at samtykke var innhentet (Aasland et al., 2007). I Norge er all helsehjelp i utgangspunktet basert på samtykke og ved vaksinerings må samtykkeinnhenting være basert på at informasjon om vaksinen er gitt på forhånd. Ved meningokokkvaksineforsøket var vaksinerings et forsøk og i den forbindelse var samtykkeinnhentningen en absolutt forutsetning for å vaksinere ungdommene (Fagermoen, 2003). I dag er det litt ulik praksis på når samtykke innhentes i forbindelse med vaksinerings i skolen. Det vanligste er at foreldre samtykker eller reserverer seg til det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet som er gjeldene, når barnet begynner på skolen i 1.klasse (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Når HPV-vaksinen innføres må informert samtykke innhentes på forhånd fra foreldre. I scenarioer der foreldre og barn ikke enes om vaksinerings er det en viktig oppgave for helsesøster å søke å nå enighet mellom partene. En kan tenke seg at foreldre ikke ønsker å vaksinere sitt barn mens barnet selv ønsker dette. Et barn som blir nektet helsetilbudet kan oppleve det krenkende. På samme måte kan en utført vaksinasjon på et barn som ikke ønsker det oppleves som et overgrep. Helsesøstere bør bidra til

diskusjon og anmodning om å komme til enighet. God informasjon kan mulig hjelpe de uenige i å nå enighet.

Elever fikk meningokokkvaksine uten å ha levert det nødvendige samtykke. Dette ble forklart med at flere helsesøstere ikke visste at de var med på å utføre et vaksineforsøk. Dette ble igjen begrunnet med manglende ressurser og dårlig informasjon fra Folkehelseinstituttet til helsesøstrene. Dette er et viktig signal på at for stort arbeidspress og mangelfull informasjon kan resultere i missforståelser og redusert kvalitet på tjenesten. Slik lærdom vil det være viktig å merke seg når HPV-vaksinen innføres, for å sikre at helsesøstrene har nok ressurser og tiltrekkelig informasjon slik at de kan håndtere alle arbeidsoppgavene som HPV-vaksinasjon representerer.

6.1.5 Ressurser

Helsesøstrene er de som må utføre arbeidsoppgaven med å vaksinere de ca 30 000 jenter med 3 vaksinedoser i løpet av et halvt år. I dag har helsesøstrene travle arbeidsdager med mange arbeidsoppgaver de skal gjennomføre (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2008; Sosial- og helsedirektoratet 2004). For at helsesøstertjenesten skal klare å ivareta sine lovpålagte arbeidsoppgaver på en forsvarlig og ønskelig måte er det viktig at tjenesten får tilført ressurser som kan muliggjøre dette. Utrekninger foretatt av Sosial- og helsedirektoratet (2008) viser at skolehelsetjenesten pr i dag ikke har personellressurser til å gjennomføre et så stort merarbeid som HPV-vaksineinnføringen vil medføre uten å få tilført ressurser i form av flere årsverk.

For 2009 er det innført 57 millioner til HPV-vaksinen hvorav 55 millioner er av satt til innkjøp av vaksine (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Helsesøstertjenesten vil ved HPV-vaksinasjon trenge ressurser i forkant av vaksineinnføringen til opplæring, til å gjennomføre selve vaksinasjonen og til oppfølging. Helsesøstrene formidlet på fokusgruppeintervjuene at de alltid var to helsesøstere til stede ved vaksinasjon. Dette medfører flere årsverk og ekstra lønnsutgifter i kommunene. Ulike

undersøkelser viser at helsesøstertjenesten mangler ressurser og en rapport om fylkeslegens felles tilsyn med skolehelsetjenesten viste av 10 av 59 kommuner ikke kunne tilby skolehelsetjeneste til alle skoleelever i Norge. Utrekninger foretatt av Sosial- og helsedirektoratet (2008) viser også at skolehelsetjenesten ikke har personellressurser til å gjennomføre et så stort medarbeid som HPV-vaskinasjon vil kreve.

Ved meningokokkvaksineforsøket gikk gjennomføringen av forsøket utover andre lovpålagte arbeidsoppgaver til skolehelsetjenesten. Helsesøstre strevde i ettertid av meningokokkvaksineforsøket med å innhente det forsømte og noen rapporterte at dette arbeidet ikke ble gjort i etterkant (Aasland et al, 2007). Når HPV-vaksinen innføres blir det viktig at feilene en gjorde ved meningokokkvaksineforsøket ikke gjentar seg, og at funnene fra fokusgruppeintervjuene om helsesøstrenes manglende ressurser blir tatt hensyn til. Forståelse for skolehelsetjenestens arbeidsoppgaver må vises ved at kommunehelsetjenesten tilføres midler. En helsesøster vil ifølge rapporten til Sosial- og helsedirektoratet (2008) trenger minimum 2 dager til opplæring i forkant av vaksineinnføringen. Under fokusgruppeintervjuene kom det frem at helsesøstre ønsket seg et kurs med 1 dag varighet. Ressurser må tilføres slik at helsesøstre kan få tilstrekkelig tid til å tilegne seg kunnskap om HPV-vaksinen. Ressurser må også tilføres for å sikre at jentene får god informasjon og en sikker HPV-vaksinasjon av kunnskapsrike helsesøstre.

6.2 Kurspakke

Helsesøstrenes kompetansebehov i forkant av HPV-vaksineinnføringen er stort. Helsesøstre har selv uttalt at de ikke er forberedt til å utføre vaksinasjon eller til å informere foreldre og barn om vaksinen (Herseth, 2009). Kompetansehevnig blir viktig for at helsesøstre kan føle seg trygge og forberedte når HPV-vaksinen innføres i barnevaksinasjonsprogrammet. Flere forslag er foreslått i studien. Det er

viktig at kompetansebehovet formidles og at det blir tatt hensyn til i forkant av vaksineinnføringen.

Ved å tilføre helsesøstre informasjon om HPV-vaksinen vil de tilføres kunnskap. Kunnskap er informasjon kombinert med erfaring, kontekst, fortolkning og refleksjon. Kunnskap er en bevisst forståelse av noe med muligheten til å bruke dette for en bestemt hensikt. På et praktisk nivå er kunnskap noe som er felles og delt mellom en gruppe av mennesker. Kunnskap kan bli definert ved å sammenligne kunnskapens egenskaper med informasjonens egenskaper (Wikipwdia 2009a). Kunnskapen bør formidles til helsesøstre i god tid før vaksinen innføres slik at de kan få en bevist forståelse av vaksinetilbudet og vaksinasjonsoppgavene. For å få en forberedt helsesøstergruppe bør helsesøstre få den tiden som er nødvendig for å tilegne seg kunnskapen.

Helsesøstre må få eierskap til HPV-kunnskapen før de formidler den videre. De må ha kunnskap for å kunne vurdere hvordan de best bør kommunisere den komplekse HPV-informasjonen til jenter og foreldre. Undersøkelser har vist at for detaljert og komplisert informasjon om HPV-vaksine tilbudet kan resultere i lav troverdighet og lav oppslutning til vaksinasjonsprogrammet (Friedman & Shepeard, 2007). Dette forstås som at det ikke er mengden informasjon som er viktig, men at det en sier er gjennomtenkt og overveid.

Kompetansehevingen til helsesøstre bør i første rekke gå på å undervise de om det naturlige forløpet fra HPV-smitte til utvikling av livmorhalskreft. Hvordan HPV smitter og hvordan en kan forebygge dette, og hvilke tiltak en har mot celleforandringer og livmorhalskreft. Helsesøstre må forstå hvor naturlig HPV-smitte er, og hvor liten sjanse det er for at HPV-smitte utvikler seg til livmorhalskreft. Samtidig må de formidles det alvorlige i HPV-smitte og mulige konsekvenser. Helsesøstre må forstå at kvinner med HPV-infeksjoner ikke representerer en promiskuøs gruppe men at HPV er et helt normalt virus som 70 % av alle seksuelt aktive kvinner og menn får i løpet av livet (Rodriguez et al., 2007). Helsesøstre må videre ha en opptreden overfor jenter og foreldre som er så transparent som mulig,

hvor informasjon om hva vi vet og hva vi ikke vet blir formidlet (Friedman et al., 2007).

Et kurs bestående av 1-2 dager bør starte med faktakunnskap slik at helsesøstre kan tillære seg nødvendig bakgrunnskunnskap om HPV. Kunnskap vil kunne føre til trygge og sikre helsesøstre. På kuret bør mindre undervisningsgrupper bli arrangert slik at spørsmål og svar kan stilles, diskuteres og besvares. Flere liker ikke å stille spørsmål i plenum. Ferdig konstruerte rollespill der helsesøstre kan observere ulike situasjoner er å anbefale.

Rollespill er betegnelse på en treningsteknikk der en spiller en rolle i en tenkt, og sannsynlig situasjon for å tilegne seg egenskaper eller ferdigheter en ikke har.

Rollespill kan gi innsikt i psykologiske reaksjonsmønstre (wikipedia 2009 b).

Helsesøstrenes holdninger kan ved hjelp av rollespill bearbeides og kompetansen om HPV kan økes. Tiden er, slik forsker der det, for knapp til at helsesøstre kan utføre rollespill selv, men det mottatte forslag om å observere et rollespill, anbefales. Ved å observere et rollespill om temaet kan helsesøstre få innsikt om ulike holdninger til HPV-vaksinen noe som kan øke helsesøstrenes grad av forberedthet samtidig som helsesøstre kan bli bevisst egne og andres holdninger til vaksinen.

Kunnskap til helsesøstre kan også tilføres via kurshefter, og spørsmål - og svarbrosjyrer. Det som er viktig er, slik forsker ser det, at helsesøstre kurses slik at deres kompetanse øker. Kunnskapen kan tilføres på ulike måter, det som blir viktig er at kunnskap tilføres helsesøstertjenesten og at de får ressurser slik at de får tid til å tilegne seg den.

Ved å tilføre helsesøstre den nødvendige kunnskapen vil helsesøstre få en økt faglig trygghet noe som vil øke deres kompetanse i forkant av HPV-vaksineinnføringen. Helsesøstrenes holdninger vil igjen kunne bli påvirket av kompetanseheving. Ressurser må følge med denne viktige arbeidsoppgaven slik at helsesøstre får tid og mulighet til å tilegne seg kunnskapen. De må få tid til å bearbeide det de har lært slik at de kan få et eierskap til kunnskapen.

6.3 Studiens betydning

Denne studien har fokus på helsesøstrenes holdninger og kompetansebehov i forhold til HPV-vaksinen. Utgangspunktet for studiens problemstilling er at HPV-vaksinen skal innføres høsten 2009. Helsesøstrene som skal utføre vaksineringen har i utgangspunktet mye å gjøre og har ved et tidligere vaksineforsøk uttalt at de ikke har blitt imøtesett med de nødvendige ressursene som oppgavene krever. Studiens funn viser at helsesøstrene er skeptiske til HPV-vaksinen og at de mangler de nødvendige ressursene til å utføre arbeidsoppgavene ved HPV-vaksinasjon. Helsesøstrene beskriver oppgitthet, fortvilelse og manglende kunnskap om og i forhold til HPV-vaksinen. Disse følelsene representerer helsesøstrenes holdninger og kan komme til uttrykk når de skal vaksinere og informere 12 års gamle jenter og foreldre om vaksinetilbudet. Dette kan igjen føre til at mottakerne av informasjonen ikke blir i stand til å ta en avgjørelse på om de ønsker å vaksinere sine døtre. Informasjon utlevert av en skeptisk helsesøstertjeneste kan føre til en lav vaksineoppslutning.

Studiens analyse av meningokokkvaksineforsøket viser at helsesøstrene opplevde at de ikke ble hørt og at de ikke fikk ressursene de trengte, noe som førte til feil ved samtykkeinnhenting og manglende forståelse av hva de var med på.

Helsesøstertjenesten får samtidig mye av æren for at vaksineforsøket lot seg gjennomføre.

Analysen av idédugnaden ga en forforståelse for at helsesøstrene var skeptiske til HPV-vaksinen og at de var usikre på det seksuelle aspektet. Samlet viser dette at helsesøstrene har behov for korrekt informasjon og at de bør tilføres ressurser og føle seg inkludert i viktige avgjørelser når HPV-vaksinen innføres.

Studiens funn fra fokusgruppeintervjuene om at helsesøstrene er skeptiske til vaksinen anses som et viktig funn. Dette må en ta hensyn til når HPV-vaksien innføres. Funnene som manglete ressurser, og kunnskap er også viktige funn som helsemyndighetene bør vite om i forkant av vaksineinnføringen. Kurspakken som blir foreslått i studien kan benyttes når Folkehelseinstituttet skal gjennomføre kursing av helseøstre. Helsesøstrene viser at skepsis i stor grad henger sammen med manglende

ressurser. De manglende ressursene kan videre forklare grunnen til at helsesøstrene også mangler kunnskap om vaksinen da helsesøstrene ikke har ressurser som tid til fagutvikling.

Samlet kan man konkludere med at studien frembringer utdypende kunnskap om den yrkesgruppen som skal utføre vaksinasjon med HPV-vaksinen, noe som igjen kan påvirke vaksineoppslutningen. Resultatene er det viktig å ta hensyn til da iverksatte tiltak kan føre til en vellykket vaksineinnføring. Nye beskrivelse av hvordan helsesøstrene ser på HPV-vaksinen er avdekket. Kurspakken som er foreslått etter analyse av fokusgruppeintervjuene, meningokokkvaksineforsøket, idédugnaden og pilotprosjektet kan ha dirkelte nytteverdi dersom Folkehelseinstituttet velger å benytte seg av den. Denne kurspakken kan heve helsesøstrenes kompetanse om HPV-vaksinen og sykdommen livmorhalskreft. Via rollespill kan helsesøstrene bli bevisst sine holdninger til gjeldene vaksine. Dette kan samlet resulterer i at helsesøstrene blir mer kompetente i forkant av HPV-vaksineinnføringen og mer beviste i sin omgang med de som skal ha vaksinen og deres foreldre.

Hvorvidt funnene representerer holdningene til landets helsesøstre er ikke kartlagt. Om kompetansebehovet er overførbart til resten av landet er heller ikke sikkert. Sannsynligvis så representere studiens funn om helsesøstrenes holdninger og kompetansebehovet noe av sannheten for yrkesgruppen. At funnene bør taes på alvor vil, slik forsker ser det, føre til en bedre forbredt helsesøstergruppe. Noe som igjen kan resultere i en vellykket og økt vaksineoppslutning der foreldre vet hva de eventuelt samtykker til.

Om ikke disse anbefalingene følges kan HPV-vaksineinnføringen få en lav oppslutning. Det vil være feilslått satsning spesielt når en vet hvilke diskusjoner som har pågått på TV, radio og aviser hvor feile, ukyndige og til tider steile meninger er fremhevet. Helsesøstrenes sentrale rolle gjør det helt avgjørende at de er tryggest mulig for å gjennomføre vaksinasjon av 12 års gamle jenter. Vaksinen har et stort potensial men er i dag beheftet med usikkerhet og skepsis. Få foreldre har erfaring med hvor uendelig tungt livmorhalskreft er og hvor belastende det er for kvinner og

deres familie å få diagnosen, og mulig møte døden mange år for tidlig.

Livmorhalskreft er en usynlig sykdom. Endelig har vi en vaksine som har potensial til å forhindre mye angst og lidelse knyttet til celleforandringer og livmorhalskreft.

7. REFERANSELISTE

- Aasland, O. G., Andersen, A.-B., Simonsen, S., & Smith, M. (2007). *Utvalget for gjennomgang av Meningokokkvaksineforsøket 1988 -1994*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Aavitsland, P. (2006). Vaksinasjon-historien om det som ikke skjedde. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 126, 2504.
- Adams, M., Jasani, B., & Fiander, A. (2007). Human papilloma virus (HPV) prophylactic vaccination: challenges for public health and implications for screening. *Vaccine*, 25, 3007-3013.
- Agarwal, S. S., Sehgal, A., Sardana, S., Kumar, A., & Luthra, U. K. (1993). Role of male behavior in cervical carcinogenesis among women with one lifetime sexual partner. *Cancer*, 72, 1666-1669.
- Bennett, M. P. (2008). Ethics and the HPV vaccine: considerations for school nurses. *Journal of School Nursing*, 24, 275-283.
- de Blasio, B. F., Neilson, A. R., & Gjertsen, M. K. (2008). *Estimating uncertainties of HPV 16/18 vaccination - a dynamic modelling approach*, Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, 17.
- Borge O.J. (2009). Åpent møte om HPV-vaksine i barnevaksinasjonsprammet. *GENialt*, 1, 6-8.
- Dekker, A. H. (2006). Fostering acceptance of human papillomavirus vaccines. *Journal of the American Osteopathic Association*, 106, 14-18.
- Dempsey, A. F. & Davis, M. M. (2006). Overcoming barriers to adherence to HPV vaccination recommendations. *American Journal of Managed Care*, 12, 484-491.

-
- Dempsey, A. F., Zimet, G. D., Davis, R. L., & Koutsky, L. (2006). Factors that are associated with parental acceptance of human papillomavirus vaccines: a randomized intervention study of written information about HPV. *Pediatrics*, 117, 1486-1493.
- Dolonen, A. K. (2008, 26. mars). HPV- vaksine eller ikke HPV-vaksine. Hentet fra *Sykepleien* 2009, 4. mai, fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=116500.
- Dommerud, T. (2008, 26 Mars). Rådet anbefaler HPV-vaksine. *Dagens Medisin*. Hentet 2009, 5. mars, fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2008/03/26/anbefaler-hpv-vaksine/index.xml>.
- Dommerud, T. og Hanger, M. R. (2009, 18 Mars). Forstår ikke vaksineutspillet. *Dagens Medisin*. Hentet 2009, 5. mars, fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/03/18/forstar-ikke-vaksineutspil/>.
- Eskild, A. (2008). *Et virus som gir kreft - hva gjør vi nå?* Oslo. Notat sendt til Helsedirektoratet. Upublisert materiale.
- Fagermoen, M. S. (red). (2003). *Forskningsveileder for sykepleiere: sykepleieforskning gjør sykepleien bedre*. (2.utg). Oslo: Norsk Selskap for Sykepleieforskning.
- Fagermoen, M. S., Nord, R., Hanestad, B. R. og Bjørnsborg, E. (red). (1998). *Fra kunst til kolikk: norsk sykepleieforskning i fokus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Forbes, K. (2008). The HPV vaccination programme: Is Britain ready? *British Journal of School Nursing*, 4, 176-180.

FOR 2003-04-03 nr 450. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj). Hentet fra lovdata 20.05.09 fra http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/for/sf/ho/ho-20030403-0450.html&emne=forskrift*%20om*%20kommunens*%20helsefremme*

- Friedman, A. L. & Shepeard, H. (2007). Exploring the knowledge, attitudes, beliefs, and communication preferences of the general public regarding HPV: findings from CDC focus group research and implications for practice. *Health Education and Behavior*, 34, 471-485.
- Gjerding, M. L., Johnsen, A. B. og Stølan, J. (2008, 8 September). Ny debatt om HPV-vaksinen etter at 20 jenter døde. *VG nett*. Hentet 2009, 5. mars, fra <http://www.vg.no/pub/skrivervennlig.hhs?artid=525789>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Gray, J. R. (2007). HPV vaccination: should it be mandatory for entry into public school? *Nursing for women's health*, 11, 133-138.
- Hærnes, N. (2008, 1. oktober). Hpv-vaksine gir moralsk hodebry. Hentet fra *Sykepleien* 2009, 4. mai, fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=120498
- Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*. Fredriksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.

-
- Hanger, M. R. (2008, 26. Mars). Redd for dårlig vaksineoppslutning. *Dagens Medisin*. Hentet 2009, 5. mars, fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/03/16/redd-for-darlig-vaksineopp/>
- Hanger, M. R. (2009, 16. April). Jentene har krav på god HPV-informasjon. *Dagens Medisin*, 07,12.
- Hanger, M. R., Henriksen, K. og Dommerud, T. (2007, 29. November). HPV-vaksine for de rike. *Dagens Medisin*, 28,12-13.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *St.prp.nr.1 (2008-2009) for budsjettåret 2009*. Oslo: Departementet.
- Helse - og omsorgsdepartementet. 57 millioner kroner til vaksine mot livmorhalskreft (2008, 7. oktober). Hentet fra, Regjeringen 2009, 4. mai, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2008/pressemelding-3.html?id=530995>
- Herbert, A., Bergeron, C., Wiener, H., Schenck, U., Klinkhamer, P., Bulten, J. et al. (2007). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for cervical cytology terminology. *Cytopathology*, 18, 213-219.
- Herseth, S. K. (2009, 2. April). Min datter får ikke ta vaksinen. *Dagbladet*, 16.
- Hofmann, B. (2008). *Vaksiner mot humant papillomavirus (HPV). Etiske aspekter ved innføring av profylaktisk HPV-vaksine*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 22.
- Judical Watch (2008). *Examining the FDA's HPV vaccine Records: Detailing the Approval Process, Side-Effects, Safety Concerns and Marketing Practices of a Large-Scale Public Health Experiment*. Washington, DC.

- Kjaer, S. K., Engholm, G., Dahl, C., & Bock, J. E. (1996). Case-control study of risk factors for cervical squamous cell neoplasia in Denmark. IV: role of smoking habits. *European Journal of Cancer Prevention*, 5, 359-365.
- Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.
- Landsgruppen av helsesøstre NSF (2008). *Helsesøster: mer enn et sprøytstikk: en informasjonsbrosjyre om helsesøstertjenesten* (rev. utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Legemiddelverket, preparatsøk. Hentet 14.05.09 på http://www.legemiddelverket.no/custom/Preparatsok/prepSearch____80333.aspx?SearchID=f62b30b1-b0ac-4a09-ba16-e2d7e4f217c8
- Lerdal, A. & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3, 172-175.
- Lie, A. K., Kristensen, G. B. og Trope, C. (2009, 1. April). Unødvendig omkamp. *Dagsavisen*, 4.
- Lockwood-Rayermann, S. og McIntyre, S. J. (2009). Understanding HPV Disease and Prevention: A Guide for School Nurses. *Journal of School Nursing*. Under publisering.
- LOV 2000-04-14 nr 31. *Lov om behandling av personopplysninger* (Personopplysningsloven). Hentet fra LOVDATA 20.05.09 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-20000414-031.html>
- LOV-1981-04-08 nr 7. *Lov om barn og foreldre (barnelova)*. Hentet fra LOVDATA 1.5.09 fra http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19810408-007.html&emne=barnelov*&

LOV-1999-07-02 nr 63. *Lov om pasientrettigheter* (pasientrettighetsloven).

Hentet fra LOVDATA 1.5.09 fra http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighet*&

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Moi, H. (2009). Gratis HPV-vaksine til unge jenter bør være en menneskerettighet i Norge! *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 129, 770.

Morrison-Beedy, D., Cote-Arsenault, D., & Feinstein, N. F. (2001). Maximizing results with focus groups: moderator and analysis issues. *Applied Nursing Research*, 14, 48-53.

Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2007 a). *HPV-vaksine - samlet vurdering fra Nasjonalt folkehelseinstitutt*. Hentet fra Nasjonalt folkehelseinstitutt 2009, 5. mai, fra <http://www.fhi.no/dav/92928fcd20.pdf>

Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2007 b). *Vaksine mot humant papillomavirus (HPV). Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Nasjonalt folkehelseinstitutt for å vurdere bruk av HPV-vaksine i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 9.

Næss, Ø., Rognerud, M., & Strand, B. H. (red). (2007). *Sosial ulikhet i helse: en faktarapport*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 1.

Narvaez-Traverso, A. (2008). Vacuna del virus del papiloma humano. Implicaciones sociales y sanitarias en Espana. [Vaccination against the human papilloma virus. Social and health implications in Spain]. *Revista de Enfermeria* 31[5], 9-12. Unpublished Work

- Neilson, A. R. & Freiesleben de Blasio, B. (2007). *Økonomisk evaluering av humant papillomavirus (HPV)-vaksinajson i Norge*. Oslo: Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten, 12.
- NHS. (2009 a). *Information for health professionals*. Fra NHS. lest 20.05.09 fra http://www.immunisation.nhs.uk/Professional_information/Vaccine_Update
- NHS (2009 b). The human papillomavirus vaccine. The virus, the disease and the new HPV-vaccine. Fra NHS, lest 20.05.09 fra http://www.immunisation.nhs.uk/publications/288939 HPV_Factsheet2.pdf
- Nilsen, E., Alfsen, G. C., Feiring, B., Skjeldestad, F. E., Steen, R., & Sæterdal, I. (2007). *Vaksine mot humant papillomavirus (HPV): vurdering av effekt av profylaktisk HPV-vaksine*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 5.
- Nøkleby, H. & Bergsaker, M. A. R. (2006). Uønskede hendelser etter vaksiner. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 126, 2541-2544.
- NTB. (2009, 20. April). *Gynekologforeningen støtter HPV-vaksinen*. Oslo: NTB.
- O'Dowd, A. (1999). A shot in the dark. *Nursing Times*, 95, 16-17.
- Pedersen, T. (2008). Glad Oda Eline får vaksine mot livmorhalskreft. *Helse i vest*, 4, 10-13.
- Referat fra møtet i Rådet for Kvalitet og prioritering i helsetjenesten 26. mars 2008, lest 14.05.09, fra <http://www.kvalitetogprioritering.no/binary?id=3253>.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (7 utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Roden, R. & Wu, T. C. (2006). How will HPV vaccines affect cervical cancer? *Nature reviews.Cancer*, 6, 753-763.

-
- Rodriguez, A. C., Burk, R., Herrero, R., Hildesheim, A., Bratti, C., Sherman, M. E. et al. (2007). The natural history of human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia among young women in the Guanacaste cohort shortly after initiation of sexual life. *Sexually Transmitted Diseases*, 34, 494-502.
- Rogers, N. M. & Cantu, A. G. (2009). The Nurse's Role in the Prevention of Cervical Cancer Among Underserved and Minority Populations. *Journal of Community Health*, 34, 135-143.
- Rognum, T. O. (2009, 26. mars). Forebygging - eller gambling. *Dagens Medisin*, 25
- Rygg, M. (2006). Vaksineskepsis - profylaksearbeidets paradoks. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 126, 2933.
- Schwarz, T. F. & Leo, O. (2008). Immune response to human papillomavirus after prophylactic vaccination with AS04-adjuvanted HPV-16/18 vaccine: improving upon nature. *Gynecologic Oncology*, 110, 1-10.
- Smith, J. S., Lindsay, L., Hoots, B., Keys, J., Franceschi, S., Winer, R. et al. (2007). Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. *International Journal of Cancer*, 121, 621-632.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr.450. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Forebygging av livmorhalskreft*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Stanley, M. (2007). Prophylactic HPV vaccines. *Journal of Clinical Pathology*, 60, 961-965.

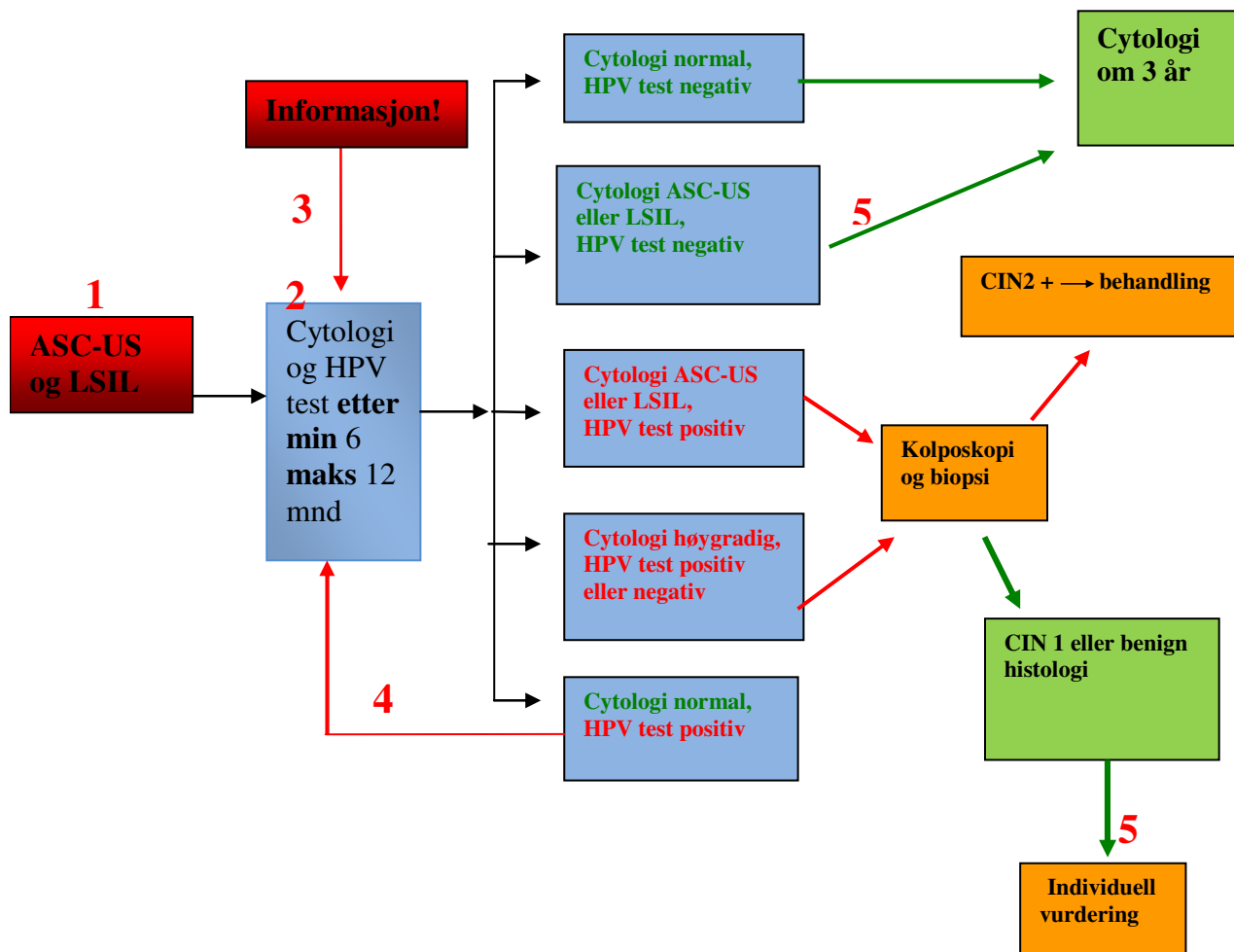
-
- Storvik, A.G. (2007). Gud og HPV. *Dagens Medisin*. 28, 17.
- Sundøy, K. (2008). Vaksine eller ikke? *Sykepleie*, 17, 34-35.
- The FUTURE II study group. (2007 a). Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. *New England Journal of Medicine*, 356, 1915-1927.
- The FUTURE II Study Group.(2007b) Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: a combined analysis of four randomised clinical trials. *Lancet* 2007, 369, 1861–8.
- Tranøy, K. E. (1994). Om forskningsetikk - noen generelle retningslinjer. I: *Forskning på mennesker: lover, regler og retningslinjer* (2 utg., s. 4-9). Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin, NEM.
- Vetter, K. M. & Geller, S. E. (2007). Moving forward: human papillomavirus vaccination and the prevention of cervical cancer. *Journal of Womens Health*, 16, 1258-1268.
- Whyte, A. (2000). Jabs in the dark. *Nursing Times*, 7, 28-31.
- Zimet, G. D. (2005). Improving adolescent health: focus on HPV vaccine acceptance. *Journal of Adolescent Health*, 3, 17-23.
- Zimet, G. D. (2006). Understanding and overcoming barriers to human papillomavirus vaccine acceptance. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 18, 23-28.
- Ødegård, L. og Rogne, S. (2009, 14. mars). *Betenkeligheter ved innføring av HPV vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet - Bioteknologinemda anmoder om å utsette oppstart*. Brev fra Bioteknologinemda til Helse-og omsorgsdepartementet.

Øren, A. & Skjeldestad, F. E. (2006). Lite kunnskap om humant papillomvirus blant unge norske kvinner. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 126, 2101-2103.

Wikipedia (2009 a). Kunnskap. Hentet fra Wikipedia 2009, 30. april fra <http://no.wikipedia.org/wiki/Kunnskap>

Wikipedia (2009 b). Rollespill. Hentet fra Wikipedia 2009, 30. april, fra <http://no.wikipedia.org/wiki/Rollespill>

Flytdiagram for utredning av ASC-US/LSIL og bruk av HPV-test i sekundærscreening i Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft



Kommentar

1. Nytteverdien av HPV-test som sekundærscreening er under revisjon.
2. Cytologi og HPV-test tas etter minimum 6 og maksimum 12 måneder.
3. Kvinnen må informeres om og gi samtykke til HPV-testing!
4. Ny cytologi og HPV-test etter 12 måneder. Dersom det fortsatt foreligger normal cytologi og positiv HPV-test etter 12 måneder, skal det utføres kolposkopi og biopsi.
5. NB! Flytskjemaet dekker ikke alle kliniske variasjoner. I noen tilfeller er det helt nødvendig at patolog og gynekolog diskuterer det enkelte kasus og vurderer en annen oppfølgingsalgoritme
 - CIN1 eller benign histologi og **positiv HPV-test** på tidligere prøve: ny cytologi og HPV-test etter 6-12 måneder må vurderes.
 - CIN1 eller benign histologi og **negativ HPV-test** på tidligere prøve: vurdere tilbakeføring til screening hvert 3. år.

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft anbefaler at det benyttes HPV-tester som er egnet for bruk i screening.

Fokusgruppeintervju guide

Mandag 27.10 kl 13 – 14.30

Forsker /Moderator: xxxxxxxx

Assisterende moderator: xxxxxxxx. skriv notater av observasjoner eller hvis det er temaer som oppfattes som spesielt viktig eller dersom deltakerne snakker veldig stille (begynner å hviske).

Deltakere: 8 helsesøstere

1. Ønsk velkommen
2. Rask introduksjonsrunde
3. Tema for samtalen introduseres for å klargjøre hensikten med fokusgruppeintervjuet
4. Presenter kjørereglene for hvordan gruppediskusjonen bør foregå
 - a. Oppfordre deltakerne til å snakke med og til hverandre fremfor til mederatorene
 - b. Moderatorene skal styre og forholde seg til gruppedynamikken og innholdet i diskusjonene.
5. Presenter åpningsspørsmålet

-
- 1) Har dere mottatt mange spørsmål fra publikum om HPV-vaksinen og HPV-infeksjoner?
Evt hvem barn/voksne?
 - 2) Hva er det publikum lurer på ang dette?
 - 3) Har dere noen opplevelse av hvilke holdninger som er ute hos målgruppen og deres foresatte?
 - 4) Hva slags tanker har dere som fagpersoner om denne vaksinen?
 - 5) Påvirker dette deres arbeid med denne vaksinen?
 - 6) Hva trenger dere av kunnskap for å kunne gi tilstrekkelig informasjon om vaksinen til målgruppen og deres foresatte?
 - 7) Hvilke informasjonskilder bruker dere for å innhente kunnskap om vaksiner generelt?
 - 8) Hva trenger dere av ressurser for å gjennomføre vaksineprogrammet?
 - 9) Hvilke forutsetninger antar dere at publikum legger til grunn for evt akseptasjon av denne vaksinen?
 - 10) Er denne vaksinen annerledes enn andre vaksiner som ledd i Barnevaksinasjonsprogrammet? Hvorfor /hvorfor ikke?



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Helsesøster

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1153 Blindern
N-0318 OSLO

Besøksadresse: Nedre Ullevål 9

Dato: 11.09.08
Deres ref.:
Saksbehandler:
Vår ref.:

Telefon: +47 22 85 05 60
Telefaks: +47 22 85 05 70
www.med.uio.no/ish

Invitasjon til fokusgruppeintervju i forkant av HPV-vaksine innføringen

Jeg er mastergradsstudent og går på Institutt for sykepleievitenskap og helsefag (ISH) seksjons for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo (UIO). Som en del av utdannelsen skal jeg skrive en masteroppgave som omhandler kompetansebehovet til helsesøstere i forkant av HPV-vaksine innføringen. Formålet med mastergradsoppgaven min er å finne ut hva slags kompetanse helsesøstrene må inneha før vaksinasjonsprogrammet iverksettes slik at helsesøstrene kan føle seg trygge på å møte publikums behov for informasjon på en best mulig måte.

I den forbindelse forespørres du som helsesøster med tilknytning til framtidig HPV-vaksinering til å delta i et fokusgruppeintervju. Intervjuet vil finne sted i Helsedirektoratets lokaler i løpet av oktober 2008 og vil vare mellom 60 – 90 minutter. Under fokusgruppeintervjuet vil jeg som prosjektansvarlig forsker stille de aktuelle spørsmålene og en observatør fra Folkehelseinstituttet vil delta som observatør. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd.

Funnene fra fokusgruppeintervjuet skal munne ut i forslag til kursmateriale til helsesøstere slik at de kan møte det nevnte behov for informasjon og kunnskap når vaksinen innføres. I tillegg til dette intervjuet skal jeg også analysere:

1. materialet fra en rapport som evaluerer meningokokkvaksineforsøket i 1988
2. materialet fra en idédugnad med helsesøstere i regi av Folkehelseinstituttet

Veileder for masteroppgaven er Professor Eli Haugen Bunch ved UIO, og ved eventuelle spørsmål om studiens innhold må du gjerne kontakte henne på e-post e.h.bunch@medisin.uio.no. Jeg er også tilgjengelig for eventuelle spørsmål om masterstudien



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

på tlf 992 65 740 eller på e-post trude.andreassen@studmed.uio.no. Du får ikke noe direkte nytte av intervjuet men fremtidige helsesøstere vil nyte godt av svarene du gir.

All data fra fokusgruppeintervjuet vil bli anonymisert og eventuelle funn vil bli presentert på en måte som sikrer at bare deltakerne av fokusgruppen vil kunne i gjenkjenne hvem sitatene kommer fra.

Dersom du kan tenke deg å delta i dette fokusgruppeintervjuet er det fint om du sender meg en e-post slik at jeg kan kontakte deg for avtale om tid. Alternative datoer er mandag 20.10, tirsdag 21.10, mandag 27.10, eller onsdag 29.10. Klokkeslettet kan vi komme tilbake til avhengig av hva som passer best for deltakerne.

Funn fra masteroppgaven og andre kilder vil presenteres på internasjonale/nasjonale konferanser og eventuelt publiseres i internasjonale tidsskrift.

Med vennlig hilsen

Trude Andreassen
Offentlig godkjent sykepleier/
Mastergradsstudent

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Eli Haugen Bunch
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 10.10.2008

Vår ref:19941 / 2 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.09.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

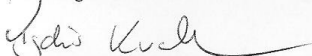
19941	<i>En gammel sykdom - en ny vaksine. Kartlegging av kompetansebehovet til helsesøstrene i forkant av HPV-vaksineinnføringen</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Eli Haugen Bunch
Student	Trude Andreassen

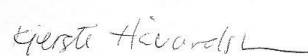
Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Trude Andreassen, Østbyfaret 19 H, 0687 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

19941

Gjennomføringen av prosjektet medfører ikke meldeplikt.

Bruk av lydbånd hvor det fremkommer navn på personer eller stemmer som kan gjenkjennes medfører ikke isolert sett meldeplikt, jf. personopplysningsloven § 31 1. ledd litra a og b. Avgjørende for om prosjektet utløser meldeplikt er om opptakene registreres i et register eller transkriberes til pc (behandles elektronisk) i personidentifiserbar form.

I dette prosjektet transkriberes lydbåndopptakene til pc i anonymisert form, hvilket medfører at registrerte opplysninger på pc-en ikke inneholder opplysninger som direkte eller indirekte (som arbeidssted) kan knyttes til enkeltpersoner. Vi legger til grunn at det ikke oppbevares digitale lydfiler på pc og at det ikke foreligger en koblingsnøkkel som knytter transkripsjoner til navn på informanter.

Lydbåndopptakene vil bli slettet innen 30.06.2009.

**UNIVERSITETET I OSLO**

DET MEDISINSKE FAKULTET

Navn
Adresse
sted**Institutt for sykepleievitenskap og helsefag**
Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1153 Blindern
N-0318 OSLO

Besøksadresse: Nedre Ullevål 9

Dato:
Deres ref.:
Saksbehandler:
Vår ref.:Telefon: +47 22 85 05 60
Telefaks: +47 22 85 05 70
www.med.uio.no/ish**Deltaker i idédugnaden i regi av Folkehelseinstituttet den 19.05.08 vedr HPV-vaksinen.**

Viser til din deltagelse i idédugnaden i regi av Folkehelseinstituttet den 19.05.08 vedrørende HPV-vaksine. Jeg har kjennskap til denne idédugnaden via min jobb som rådgiver i Helsedirektoratet. Jeg er mastergradsstudent på Institutt for sykepleievitenskap og helsefag (ISH) seksjons for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo (UIO). Jeg skal nå skrive en masteroppgave som omhandler kompetansebehovet til helsesøstere i forkant av HPV-vaksineinnføringen.

I den forbindelse bes det om at du som deltaker i Folkehelsa sin idédugnaden om HPV -vaksinen gir ditt samtykke til at Folkehelsa kan utlevere referatet fra denne idédugnaden til meg slik at jeg igjen kan foreta en analyse av materialet. Formålet med mastergradsoppgaven min er å finne ut hva slags kompetanse helsesøstrene bør inneha før vaksinasjonsprogrammet iverksettes slik at helsesøstrene kan føle seg trygge på å møte publikums behov for informasjon på en best mulig måte.

Funnene fra idédugnaden skal etter planen kunne ut i forslag til kursmateriale til helsesøstere slik at de kan møte det nevnte behov for informasjon og kunnskap når vaksinen innføres. I tillegg til dette referatet skal jeg også analysere:

1. materialet fra en rapport som evaluerer meningokokkvaksineforøket i 1988
2. materialet fra et fokusgruppeintervju med helsesøstere.

Veileder for masteroppgaven er Professor Eli Haugen Bunch ved ISH og ved eventuelle spørsmål om studiens innhold må du gjerne kontakte henne på e-post e.h.bunch@medisin.uio.no. Jeg er også tilgjengelig for eventuelle spørsmål om masterstudien min på tlf 992 65 740 eller på e-post trude.andreassen@studmed.uio.no.



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

All data fra idédugnaden vil bli anonymisert og eventuelle funn vil bli presentert på en måte som sikrer at deltakerne ikke blir i gjenkjent. Dersom du ikke svarer på denne henvendelsen innen 14 dager ansees det som et samtykke til at referatet kan utleveres til meg. Dersom du ikke ønsker at referatet med dine sitater skal utleveres til meg kan du enten sende meg en e-post eller ringe meg.

Funn fra masteroppgaven og andre kilder vil presenteres på internasjonale/nasjonale konferanser og eventuelt publiseres i internasjonale tidsskrift.

Med vennlig hilsen

Trude Andreassen
Offentlig godkjent sykepleier/
Mastergradsstudent